



FES Aragón

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DOCTORADO EN PEDAGOGÍA**



TESIS

**Representaciones sociales de los estudiantes de medicina sobre
la práctica clínica**

**Presenta
Mtro. Rafael Sánchez de Tagle Herrera**

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN PEDAGOGÍA

TUTORA: DRA MARIA GUADALUPE VILLEGAS TAPIA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTORAL:

**DRA. HILDA BERENICE AGUAYO ROUSELL
DRA MARÍA TERESA BARRÓN TIRADO
DR. JUAN MANUEL PIÑA OSORIO
DR. MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ RODRÍGUEZ**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi esposa:

Por su comprensión y paciencia;
por los años que le dediqué al Doctorado y que no le brindé
el tiempo suficiente para convivir plenamente.

A mis hijos:

Ernesto, Adriana, Rafael y Ricardo
Que a pesar de la distancia que nos
separa, siempre están atentos de mi labor
profesional y docente, así como de
mi superación personal.

A la familia González Martín que la he
considerado como la mía.

A mi Institución, FES Iztacala de la UNAM:

Por los apoyos que me han brindado para desarrollar
mis actividades académicas con eficiencia, y guiar
y acompañar a los alumnos bajo mi responsabilidad.

A mi familia académica universitaria en la FES Iztacala:

En especial a los académicos comprometidos con la
docencia y la investigación, como posibilidad de
transformar la práctica docente mediante
la reflexión y la acción.

Agradecimientos

Gracias ante todo al **Ser Supremo** que, sin conocerlo, me da evidencias de su existencia.

A mi tutora, la **Dra. María Guadalupe Villegas Tapia**, por sus valiosas orientaciones para concluir con éxito esta importante etapa de mi vida, a pesar de las vicisitudes que se me presentaron para lograr una meta más en mi carrera académica.

A los integrantes del Comité Tutoral, por su disposición de participar atinadamente con sus sugerencias, aclarar mis ideas y hacer las correcciones pertinentes para elaborar la presente tesis. Sus conocimientos y orientaciones me permitieron reflexionar el rigor metodológico con el que un Doctor en Pedagogía debe aspirar. Gracias: **Dra Hilda Berenice Aguayo Rousell, Dra María Teresa Barrón Tirado, Dr. Juan Manuel Piña Osorio y Dr. Miguel Ángel Martínez Rodríguez.**

Al **Dr. Arturo Silva Rodríguez**, al **Mtro. Miguel Martínez Curiel** y al **Lic. Víctor López Pacheco**, por su apoyo constante y orientación en los aspectos técnicos de informática y de redacción de escritos científicos.

A los estudiantes de clínica integral de la carrera de Médico-Cirujano que amablemente aceptaron participar en la presente investigación al responder las preguntas del cuestionario y las entrevistas. Asimismo, al resto de estudiantes que me hicieron el honor de acompañarme y toleraron mi presencia en las aulas durante todos estos años de mi labor docente.

A mis compañeros de trabajo académico, miembros del CIMIE, por su apoyo y entusiasmo para involucrarme en la investigación educativa. Al **Dr. Luis Hesiki Nakandakari, Dr. Sabas Nava Valadez, Dra Leticia Osornio Rodríguez y Dr. Heriberto Domínguez Martínez**, por compartir mis inquietudes sobre las representaciones sociales de la práctica clínica.

INDICE

Introducción.....	3
Capítulo I. ANTECEDENTE Y REFERENTE EMPÍRICO.....	14
Capítulo II. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA	20
1 Definición de las representaciones sociales.....	20
2. Proceso de génesis y construcción de las representaciones sociales.....	37
3. Características y dimensiones de las representaciones sociales.....	56
4. Ciencia, teoría o experiencia de la representación social	60
5. Importancia y funciones de las representaciones sociales en el ámbito educativo.....	66
Capítulo III. LA PRÁCTICA CLÍNICA, EL ALGO DE LAS RS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA	72
1. La práctica clínica y su aprendizaje	72
2. La práctica clínica y su metodología	75
3. La práctica clínica dentro del contexto de la educación médica en la FES Iztacala	80
4. La práctica clínica vista a través del cristal de las representaciones sociales.....	83
Capítulo IV. METODOLOGÍA.....	93
1. Problematización	93
1. 2 Problema específico de investigación	106
1. 3 Supuestos de la investigación.....	106
2. Objetivos.....	107
3. Características generales de la población estudiada	108
4. Criterios metodológicos	108
5. Técnicas e instrumentos específicos para recolectar la información	110
6. Análisis de la información	115
RESULTADOS.	120
1. El estudio exploratorio.....	120

2. Lo que el cuestionario aportó como información de las RS de los estudiantes sobre la práctica clínica.....	121
2.1 Descripción general.	122
2.2 Descripción de manera específica o separada de elementos de la representación (categorías) que conforman la práctica clínica.	131
2.3. Análisis de frases breves del cuestionario.....	144
3. El sentido que para los estudiantes tiene la práctica clínica médica, a partir de las entrevistas	155
3.1 La actitud de recepción al hospital.....	156
3.2 La actividad clínica del estudiante:	159
3.3 Adquisición previa de conocimientos, habilidades y destrezas clínicas en ciclos preclínicos en la FESI	166
3.4 Adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas y su desempeño en el hospital.	168
3.5 Técnicas didácticas del docente y del estudiante	171
3.6 Apoyo del docente tutor y personas que guían la práctica clínica	173
3.7 Beneficio obtenidos en la clínica	175
3.8 La calificación obtenida refleja, los conocimientos, habilidades y destrezas	176
3.9 Apoyo externo para la práctica clínica	178
3.10 Interacciones en la clínica	179
3.11 Dificultades en la clínica.....	180
3.12 El trato recibido en la práctica clínica	182
3.13 Sugerencias y propuestas del estudiante	183
3.14 Evaluación del aprendizaje	185
CONCLUSIONES.....	188
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	196
ANEXOS	205
Anexo 1	205
Anexo 2.....	206
Anexo 3.....	210

Introducción

Se presentan los resultados de la investigación realizada durante los estudios curriculares del Doctorado en Pedagogía en la Facultad de Estudios Profesionales (FES) Aragón de la UNAM. Asimismo, se señala el interés por conocer las representaciones sociales (RS) de los estudiantes sobre la práctica clínica en la carrera de médico-cirujano de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la UNAM.

El enfoque teórico se fundamentó en la propuesta de Serge Moscovici (1961/79)¹, que permitió efectuar un acercamiento para conocer las opiniones de los estudiantes del sexto semestre, respecto de su práctica clínica. Se pensó que, a partir de estas opiniones, podrían identificarse sus representaciones en la práctica real durante el periodo de su formación como médicos generales; también se consideró, que esta investigación sería relevante, tanto por su contenido psicosocial, como por un tema que ha sido poco estudiado: las representaciones sociales en el campo de la educación médica de nuestro país.

Como afirma Piña (2010), la investigación educativa ha tenido un importante incremento en la última década, y resulta relevante estudiar las formas de pensamiento de los actores de la educación, específicamente creencias, imágenes o representaciones sociales. Esto permite conocer la producción de imágenes sobre las instancias que intervienen en el proceso educativo; además, los elementos subjetivos de los actores aparecen en el escenario escolar y se introducen en las prácticas educativas, por lo que ésta investigación se orientó hacia lo que opinan y cómo se representan los estudiantes sobre su práctica clínica.

Estimé que era pertinente abordarlo con esta perspectiva teórica, tanto por su innovación en el campo de la psicología social, como su aplicación en el área de la salud, en específico en la comunidad de educación médica. De esta manera, me propuse recuperar información pertinente del dato empírico, a partir de sus

¹ Moscovici presentó los resultados de su investigación en *Psychanalyse son image et son public*, en 1961. En 1976 se publica como libro en francés. Se consultó la traducción en español de Nilda Ma Finetti 1979.

discursos, de lo que les acontece en la experiencia clínica cotidiana en distintos hospitales del sector salud. Esto mediante el diálogo con los estudiantes y la aplicación de diversos instrumentos, ya que los procesos educativos se encuentran cruzados por las ideas de los actores, considerando lo valioso e indispensable para ellos, o bien innecesario, intrascendente y obsoleto Piña (2010).

A partir de lo que leen los estudiantes en los textos y otros documentos relacionados con la clínica e interactuar con sus pares, se van construyendo nuevos conocimientos de sentido común. Al intercambiar experiencias, en el campo clínico, a través de diálogos formales con los profesionales de la salud en torno a la ciencia médica, se reconstruyen y reelaboran nuevamente —en un proceso dinámico— tales conocimientos. Esto no significa que sólo en estos espacios diseñados *ex profeso* para la atención médica, se dé el fenómeno, y que se pudiera desatender otros lugares donde se intercambian ideas y opiniones. Pero me centré en este contexto, porque precisamente ahí se dan las actividades sobresalientes para la formación médica.

De esta manera, el contexto inmediato de este trabajo está referido a ocho hospitales generales del sector salud en el corredor Naucalpan, Atizapán, Tlalnepantla y parte norte del Distrito Federal. Éstos funcionan como apoyo a la FES Iztacala con médicos-tutores especialistas, quienes fungen como docentes de la fase clínica del plan de estudios modular de la carrera de médico-cirujano.

Describiré brevemente el centro educativo donde están adscritos estos estudiantes. La Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Iztacala, hoy Facultad de Estudios Profesionales (FES) Iztacala, propuso en la década de los setenta el plan modular para la carrera de médico-cirujano, considerado en su tiempo como una innovación educativa, cuyo propósito consistía en mejorar la calidad de la formación del médico general (Plan de estudios, 1975/84).

Con esta innovación se pretendía disminuir la visión biológica que contenía el plan de estudios de la Facultad de Medicina de Ciudad Universitaria (plan tradicional), y

ampliar los elementos sociocognitivos de la práctica médica. La propuesta pedagógica modular radicaba, por lo tanto, en favorecer la integración de las funciones biomédicas con las sociomédicas.

Este diseño curricular no partió en una simple ocurrencia estratégica, incluida la fase preclínica (tercera parte del currículo con dos primeros años), sino que fue una visión general con pacientes sanos o simulados y, en su caso, con pacientes a nivel primario de atención en las clínicas universitarias (Práctica clínica I, II, III, IV en cuatro semestres).

Continuó el diseño con clínica integral, que son módulos propiamente clínicos con pacientes en los hospitales del sector salud; en cuatro semestres con seriación independiente (ciclo V, VI, VII, VIII). Se complementa la práctica clínica mediante el internado de pregrado, en seis bimestres, con rotación en servicios clínicos troncales de la medicina (ciclos IX-X). Finalmente, el servicio social de un año sin carga crediticia, pero obligatorio para titularse (ciclos XI- XII).

Su fundamento teórico, se basó en la corriente cognitivo-constructivista (1974), aunque he de mencionar que no existe explícitamente esta corriente en el plan de estudios aún vigente. Pero por sus términos empleados, corresponden a esta perspectiva pedagógica: aprendizaje centrado en el estudiante. Que éste sea activo participativo y constructor de conocimientos en todas sus experiencias educativas. Reflexioné críticamente la relación de la teoría con la práctica, que establecieron los vínculos con la docencia, servicio e investigación. Además, en esta línea del trayecto escolar de la clínica es donde se emplea, principalmente como estrategia educativa, el aprender-haciendo con la guía y acompañamiento del docente, apoyándose en “el método clínico”.

Este plan modular sigue vigente. Se han efectuado, de manera aislada, varias reformas al interior de cada módulo, en especial a los contenidos teóricos de ciclos básicos (fase preclínica); la parte clínica hospitalaria permanece igual en sus contenidos (fase

clínica). En ambas fases, los aspectos metodológicos de cada docente los aplican según su criterio, por lo que no se ha puesto en práctica la innovación modular tal como se diseñó.

Un primer intento de reforma en la carrera de médico-cirujano, en el eje práctica docente, como señaló en su análisis Heshiki (1984, p. 25), es que “en el transcurso de los años se dieron desvíos y sesgos en la operatividad del plan modular, permaneciendo muchos de los rasgos de lo tradicional”. Agregó que, a la fecha 2012, en el área hospitalaria, permanece con fuerza lo tradicional; quizás explicable por su rigidez técnico-administrativo-estructural. La última reforma oficial fue solicitada hace cinco años por la Secretaría General de la UNAM, para actualizar todos los programas y planes de estudios de la Universidad, dando prioridad nuevamente a los contenidos, pero descuidando lo metodológico y procedimental (UNAM, 2006).

De 2010, se sigue dando el debate en el seno de la FES Iztacala para reestructurar sus planes de estudios, a partir de la perspectiva de adoptar el modelo de competencias profesionales, el cual ha sido impulsado desde el exterior por países miembros del comercio internacional en el ámbito de la globalidad (OCDE).

Con estos intentos de reforma se menciona, no sin énfasis, que la práctica clínica tanto en el servicio de enseñanza como de aprendizaje, sólo es posible mediante la comunicación apropiada de todos los interlocutores (profesor-estudiante-paciente y personal auxiliar). *A priori* se reconoce que existe diversidad de pensamientos, representaciones, sentimientos y tradiciones culturales acerca de cómo se entiende la enfermedad, y de lo que es educar y formar para orientar la actuación en la práctica educativa, conforme se interpreta al mundo inmediato al que se pertenece. A este conocimiento Berger y Luckman (2003) lo denominaron de primera mano.

A partir de la interpretación que hace el actor en su vida cotidiana (primera mano), también me correspondió dar una interpretación de esa interpretación para comprender de cerca los fenómenos que se representa el estudiante (segunda mano)

conforme a lo señalado por Piña, (2010). Por lo que se optó efectuar un análisis a través de sus representaciones sociales de los discursos que tienen los estudiantes sobre la práctica clínica. Al mismo tiempo, hacer conexión de esas acciones con ciertos elementos de mi vida personal y lo que se ha compartido con otros colegas médicos-tutores.

En este sentido, un tópico de reflexión fue interpretar la experiencia personal clínica como médico-pediatra y, al mismo tiempo, ser docente en varias asignaturas ligadas a la clínica: Pediatría e Infectología en Facultad de Medicina de la UNAM, Plan Piloto Innovador, Plan A 36 de la misma Facultad. Esta última experiencia permitió transformar mi visión de la clínica, ya que contenía muchos elementos sociomédicos.

Años más tarde, en la carrera de médico-cirujano de la FES Iztapalapa, participé en el diseño de dos módulos que se cursan en forma horizontal: el módulo de clínica integral y el de pedagogía. Con esta implementación se reafirmó la convicción de que la práctica clínica debe vincular lo biomédico instrumental con lo sociomédico, ya que se atiende al ser humano en sus diversos problemas de salud. En este transcurso pedagógico se dieron múltiples diálogos con los estudiantes durante su trayectoria escolar. Asimismo, se ha percibido que algunos estudiantes utilizan una serie de conceptos y conductas alejadas de lo que recomienda la práctica clínica cuando están en los servicios clínicos frente al paciente.

Un supuesto a considerar, es que las conductas, actitudes y conocimientos empleados por los estudiantes, giran alrededor del sentido común, y al irse acercando al tecnicismo de la ciencia médica, van adquiriendo un nuevo conocimiento de sentido común. Se habla o practica pero sin saber bien de lo que se dice o actúa; esto todavía está alejado del discurso científico y profesional, a lo que llamó Moscovici (1979), como un saber del aficionado.

En los últimos tres años se ha puesto atención a los comentarios vertidos por los estudiantes, al coordinar sesiones teóricas de pedagogía I-II de los contenidos teóricos

de esta materia y vincularlos con sus experiencias de la práctica clínica V, VI (estas materias se cursan en forma horizontal, como se mencionó arriba). En esa línea el equipo docente reflexionó con ellos el contenido socioeducativo del quehacer médico, utilizando textos sociopedagógicos que sirven de pretexto para que comprendan su actuación y la del médico-tutor frente al paciente. Aquí se buscaba orientar a los estudiantes en torno a la importancia de ser educador en la relación médico-paciente con la familia y la comunidad a las que les corresponde atender.

Al intercambiar múltiples opiniones con y entre estudiantes, acerca de lo que viven en su práctica clínica, en mi opinión, por momentos me han resultado confusas e inquietantes y, en ocasiones, contradictorias lo que dicen de sus docentes y de ellos mismos. Se intenta reorientar el diálogo, recomendando evitar la crítica superficial; se invita a centrar sus opiniones vinculadas a lo que se lee sobre la ética y lo sociocognitivo de la práctica médica en su práctica real.

Otro aspecto que ha llamado mi atención, es en función de lo que sucede en algunos hospitales que se visitan, es que varios estudiantes están afuera de los servicios clínicos (unos permanecen en los pasillos, otros en cafeterías e inclusive en los estacionamientos del hospital). Esto me ha hecho pensar que están perdiendo aparentemente el tiempo, o no le encuentran sentido y significado de aprender clínica en sus servicios asignados al lado del enfermo, esto claro desde mi visión si se pretende ser buen clínico.

En esas visitas de intercambio académico, a sus docentes se les ha comentado la situación observada; no obstante, varios de los profesores ratifican esta percepción y agregan que son varios los estudiantes que llegan tarde o no regresan a los servicios; aún más, algunos docentes justifican esa actitud: refieren que tienen clases teóricas en el aula del hospital al inicio o al final de la jornada, lo que explicaría que estuvieran fuera del servicio. Pero me resulta contradictorio ese argumento, ya que no son todos los estudiantes; más bien interpreto un déficit de control académico. Pienso que la

práctica clínica no se efectúa a distancia, sino frente al paciente, como señalo líneas arriba.

Es así que por medio de estos diálogos observé visiones coincidentes y divergentes con y entre docentes, así como la de los estudiantes sobre las conductas y actitudes en el campo clínico. No deja de reconocerse que existe la diversidad de opiniones entre el grupo social; los estudiantes tienen sus representaciones de la clínica a partir de lo que dicen; los profesores, las propias, en las que me incluyo. En sí, aparecen elementos subjetivos de los diferentes actores en esos escenarios clínicos que se cristalizan dentro de las diversas prácticas educativas. Por lo que para mí fue un reto desentrañar esta complejidad del objeto de estudio y, encontrar en el trayecto del doctorado, tanto lo pertinente teórico como lo metodológico, a fin de aprehender que dicho objeto es la representación del estudiante sobre la práctica clínica.

En este sentido, aumentó mi interés hacia el conocimiento de forma detallada y sistematizada relativo a qué se imaginan o piensan los estudiantes de la clínica cuando rotan en los diferentes servicios de los hospitales. Para ello, me di a la tarea de buscar elementos teóricos de prestigiados investigadores que guiaran la investigación; en esencia dos fueron los que marcaron la ruta en este camino: el primero fue Serge Moscovici, como creador de la teoría de las representaciones sociales; en la que éstas se manifiestan en palabras que conllevan ciertos conocimientos y se integran en un campo de representación, que involucran actitudes para orientar conductas, que en determinado momento, se generalizan en un contexto social específico. Por lo tanto, pueden ser estudiadas y analizadas a partir de los comportamientos de los estudiantes en la estructura social de los servicios clínicos.

El segundo, Jean-Claude Abric, por sus aportes sociales e interés por analizar diferentes problemas de la sociedad a través de las RS. De este autor se retoma una breve descripción de su teoría del núcleo central de las RS y su propuesta multimetodológica para su estudio, en especial lo relacionado con la práctica y sus formas institucionalizadas.

Estos autores, con diferencias aparentes, me sirvieron como andamiaje conceptual del quehacer clínico en la práctica real, con su historia propia del contexto de la sociedad particular. Moscovici se encarga de estudiar los fenómenos sociocognitivos que va elaborando el individuo y su grupo social para comprender el mundo que le rodea, sin descuidar sus referentes sociohistóricos, le da primacía a lo procesual (lo constituyente). Abric enfatiza como se organizan los elementos de la representación alrededor de un núcleo estable de manera jerarquizada que le da su perennidad, dando importancia a lo estructural (lo constituido).

El hecho de entrelazar estos referentes teóricos me permitieron, de manera análoga, unir los antecedentes preclínicos de los estudiantes, con los clínicos en su actuar presente. Esto, a fin de encontrar algunos puntos de significación que le dieran a la práctica clínica, a través de diferentes técnicas de recolección de datos, la posibilidad de describir e interpretar los discursos detectados.

También pude captar un pensamiento particular y limitado de experiencias específicas, e incluso contradictorias, que se comparten. Pero al verlas en conjunto me permitió comprender las ideas, conocimientos, actitudes y el campo de representación como lo ha señalado Moscovici (1979). En mi caso representan un referente por medio del cual los estudiantes comunican, comprenden, interpretan y actúan en la realidad social-médica.

Siguiendo a Moscovici en relación con las ideas, muestro otra analogía, signándola sobre lo que tienen los alumnos en su práctica clínica cuando vinculan de lo exterior que perciben de su paciente y reelaboran en su mente, engarzando con lo que conocen previamente respecto de algún daño a la salud:

Las ideas no son percibidas como los productos de la actividad intelectual de ciertos espíritus, sino como los reflejos de una cosa que existe en el exterior. Se substituyó lo percibido por lo conocido. La separación entre la ciencia y lo real se reduce, lo que era

específico de un concepto se propone como propiedad en su contrapartida en lo real
(Moscovici, 1979, p. 76).

Por su parte, relativo a las ideas discursivas, expresa De Sousa (2010, p. 91): “Pueden ser verdaderas y a la vez ilusorias o contradictorias, pero son materia prima para el análisis de lo social y también para la acción pedagógica, política de transformación, ya que retratan y reflejan un determinado segmento de la sociedad”. En este caso, lo que intenta conocer el estudiante (tener idea) sobre lo que le ocurre a un paciente o una familia al padecer una enfermedad.

El enfoque de las representaciones sociales de Moscovici, tiene ventaja metodológica multidisciplinar dado que su método fue empleado inicialmente para conocer e interpretar el psicoanálisis de una parte de la población francesa, y proponer su perspectiva teórica que posteriormente se aplicó a otras representaciones sociales como la enfermedad, la educación y la medicina. Según Lagache (1979, p. 5) con las RS “[...] se conocen los modelos psicológicos latentes, a partir de los cuales los miembros de una determinada sociedad, piensan su experiencia y su conducta”. Al emplear esta perspectiva también pretendí encontrar cierta verdad y, al darle una estructura coherente interna de sus diferentes apartados para facilitar la comprensión del lector; es decir, el cómo se fue contrayendo el objeto de la investigación.

En esta investigación buscó dar idea de cuáles fueron mis inquietudes e interrogantes al ser copartícipe de la formación de los estudiantes de medicina en la FES Iztacala. En especial cuando observé y escuché opiniones reiterativas de los estudiantes, de lo que viven en su cotidianidad; en la que algunas no fueron del todo favorables, por el contrario, en ocasiones, contradictorias de lo que propuso el plan de estudios modular para la práctica clínica.

Es así que en el capítulo I se presenta, de manera general, antecedentes para acercarnos y construir el objeto de estudio: “representaciones sociales que tienen los estudiantes de la práctica clínica médica”. Para ello fue preciso conocer y formular descripciones y enlaces del referente empírico, así como de los diferentes conceptos

que componen el objeto de estudio. De manera breve se exponen datos pertinentes de la propuesta educativa de la FES Iztacala, en relación con la clínica y su modelo educativo.

El capítulo II Aborda las representaciones sociales de los estudiantes de medicina sobre la práctica clínica, señalando algunas definiciones relevantes de las RS, las características y dimensiones, su proceso de génesis, su importancia y funciones en el ámbito educativo como referente teórico que, en conjunto, dan sustento al objeto de la investigación

El capítulo III describe la práctica clínica moderna, explicando lo pertinente de su definición y su paso brevísimo de su historia. Se señalan rasgos de su metodología y ubicación dentro del contexto de la educación médica en la FES Iztacala.

En tanto, el capítulo IV aborda la metodología empleada para responder al problema de investigación refiere los elementos relevantes de la problemática detectada, además de que muestra las características de la población estudiada, los criterios de selección de la muestra, los tipos y formas de recolección de datos, los criterios metodológicos que guían el trabajo, la descripción de los diferentes instrumentos empleados y sus técnicas seleccionadas para analizar los datos de manera cuantitativa, como forma de aproximación al enfoque estructural e interpretación de su proceso de construcción de las RS.

En el último capítulo V se presentan los resultados y su análisis sobre lo que arrojaron los datos del cuestionario y el puente de unión inicial de interpretación cualitativo de las frases cortas, en donde el estudiante da cuenta del porqué seleccionó y jerarquizó sus respuestas. Posteriormente se complementa el análisis con el apoyo instrumental del Programa Atlas *Ti*. En cada una de ellas se transcriben aspectos importantes con ejemplos de los discursos, tal como lo dijeron; tanto en frases breves como en entrevistas individuales.

También, en este apartado se hace un énfasis breve de las representaciones sociales que tienen los estudiantes de medicina sobre su práctica clínica en su formación como médicos generales, especificando algunos datos concretos encontrados de la representación.

Por último se presentan las conclusiones generales de las RS que construyen los estudiantes de medicina sobre la práctica clínica, en donde se identificaron facilidades y dificultades que expresaron los estudiantes para realizar su práctica clínica. Se logró identificar palabras descritas en sus discursos de las entrevistas y respuestas de los cuestionarios siendo coincidentes en su significatividad que le otorgan a la práctica clínica. Si bien se interpretó que las RS en su ámbito educativo, se tiene aún la tendencia hacia una pedagogía tradicional, en la que poco moviliza al estudiante a su construcción del conocimiento. Sí opinaron que a pesar de la poca participación directa al realizar procedimientos sencillos en los pacientes, lo que observan y ayudan a sus docentes, les permitió crear responsabilidad y seguir aprendiendo mediante la vinculación de lo teórico con la práctica real en los servicios clínicos.

Las diferentes palabras aglutinadas en categorías, mostraron consistencia tanto en la parte estructural de los cuestionarios como la procesual de las entrevistas, ejemplificados por su narrativa.

Se señala la bibliografía consultada, dando prioridad a lo relevante de las RS recopilada como fuente original de su creador. El Dr Moscovici y algunos de sus seguidores, tanto los que han dado fortaleza teórica a esta teoría, como con trabajos de investigación aplicadas en la educación y de la salud. Se complementó con otros trabajos de la educación médica para buscar nexos con la práctica clínica.

Se anexa al final los instrumentos aplicados: Cuadro de doble entrada para el estudio exploratorio; El cuestionario con modalidad de asociación libre de palabras y jerarquización, complementando con frases breves en donde los estudiantes explican el porque de su jerarquización Y El guión para las entrevistas individuales.

Capítulo I. ANTECEDENTE Y REFERENTE EMPÍRICO

Para acercarme y construir el objeto de estudio “representaciones sociales que tienen los estudiantes de la práctica clínica”, fue indispensable conocer y formular descripciones y enlaces entre los conceptos que lo componen: un primer concepto es el de noción de representación social (RS) acuñado por Serge Moscovici (1961/79), quien la integró en una síntesis conceptual en su obra clásica *La psychanalyse son image et son public*, que a partir de su tesis de doctorado abre una corriente teórica y metodológica para enriquecer la investigación educativa y psicosocial.

También, cabe mencionar, que describiré de manera especial este primer concepto, de RS, en el siguiente capítulo, el cual se va engarzando al resto de capítulos de la presente tesis (metodología, resultados y conclusiones de las RS en la práctica clínica en medicina). Al ser el elemento medular de mi objeto de estudio, se destaca la importancia de esta teoría en sus posibilidades de investigación en las ciencias de la salud.

Un segundo concepto es el de práctica clínica (PC), aquí me aboco a describir algunos datos de interés sociohistórico en la medicina². La práctica clínica se encuentra presente en todos los planes de estudio de la carrera de médico-cirujano, que pretenden formar un médico general; sólo que para abordar y dar operatividad a su estudio, cada facultad o escuela posee sus propias estrategias metodológicas.

En el caso de la FES Iztacala, se propuso en los setenta (como se mencionó anteriormente) una estrategia didáctica metodológica desde la perspectiva constructivista del aprendizaje, a fin de ser desarrollada la práctica clínica durante todo el trayecto curricular conforme al plan de estudios tipo modular, que entonces fue considerado innovador. Aquí el estudiante es actor(a) activo del proceso educativo, aprender haciendo, que conoce a partir de su experiencia; él es quien se

² El concepto de práctica clínica, es un concepto metodológico presente en varias disciplinas. La práctica clínica en medicina; Odontología; Psicología, Veterinaria; Educación física y deportiva; estética etc.

apropia y reconstruye el conocimiento con la guía del docente: toma en cuenta el contexto que le rodea, incluidos los avances teóricos de la medicina. En sí, apuesta por el aprendizaje clínico de manera integral.

Sobre los planes de estudio, Carvajal (2002) refiere que en el desarrollo de un plan de estudios se da algo más que lo explícito de la currícula, los paradigmas que lo guían y los roles que se ejercen en el proceso de enseñanza-aprendizaje; esto va conformando de manera paralela lo oculto (múltiples expectativas y roles no explícitos de gran relevancia) que los actores ponen en práctica en la vida cotidiana, que es donde se plasma lo vivido.

En el ámbito contextual de la formación del estudiante, existen dos mundos de la práctica clínica en su realidad operativa, aun cuando los une verticalmente la currícula formal, los separa a la vez lo oculto de la práctica cotidiana de los servicios clínicos. En los ciclos básicos preclínicos, los docentes son médicos generales, algunos (seis) con especialidad y (cuatro) maestría. Y en relación con la clínica integral, todos los docentes son médicos especialistas y subespecialistas, formados en diferentes contextos nacionales o internacionales de la práctica médica hospitalaria.

Recapitulando, en los últimos años de docencia en el módulo de pedagogía I- II, en el discurso de varios estudiantes alrededor del 30-40%, nos preguntamos: ¿por qué subyace ese desánimo y, en muchos casos, apatía por narrado de sus experiencias no agradables de su práctica clínica en los servicios hospitalarios? ; ¿por qué etiquetan a varios de sus profesores de ser déspotas; mientras que algunos docentes pocas veces les dan a los estudiantes la oportunidad de practicar, así como que otros profesores no les hacen caso, o son indiferentes y delegan sus funciones al personal becario?

Con estas experiencias negativas, pienso, podría llevarlos a que los conceptos teóricos aprendidos en ciclos básicos se re signifiquen de manera no favorable hacia la práctica clínica real. Al contrastar esta observación con el decir de sus profesores en reuniones académicas, se coincidió con lo que he percibido, inclinando la balanza de manera negativa

sobre la actuación del estudiante en los servicios clínicos: el accionar del discente es poco participativo en lo que corresponde al trabajo de aula, y los servicios son únicamente receptivos, puesto que hay que forzar su participación y no dan cumplimiento cabal a sus tareas extracurriculares encomendadas.

Aunado a lo anterior, cuando a los estudiantes les corresponde coordinar las sesiones de aula, desafortunadamente pocos son los que preparan de manera apropiada su sesión y materiales de apoyo didáctico; por ello, no logran involucrar al resto de sus compañeros en la discusión, ya que sólo se limitan a exponer el contenido del texto sin elaborar alguna reflexión ni generarla en el salón.

Asimismo parece que los estudiantes no comprenden bien lo que leen, tanto por sus respuestas emitidas en clase, como por los exámenes departamentales a los que están sujetos, obteniendo, en consecuencia, bajo rendimiento escolar, tanto en el módulo de pedagogía como el de clínica integral que se cursa de manera paralela.

Ante estas vicisitudes, surgieron inquietudes e interés por conocer e interpretar detenidamente cómo se representan estos estudiantes dentro de sus funciones en los servicios clínicos; qué sentido le dan el aprender clínica, qué significa para ellos ponerla en práctica frente a pacientes y cómo se imaginan su futuro como médicos clínicos. Esto me motivó a realizar un estudio intencionado en torno a lo que los estudiantes poseen de representación social de la práctica clínica, ya que esta última es una herramienta metodológica de la práctica profesional del médico.

He de enfatizar que el interés en esta temática se fue consolidando paulatinamente con lecturas de la teoría de las RS, partiendo del supuesto de que esta perspectiva teórico-metodológica es una forma de abordar y explicar dicha problemática. Según Moscovici (1979) y Jodelet (2000) no se limitan a estudiar los productos mentales, sino las construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de una interacción social. En este caso, me resulta claro que la clínica médica es dinámica en

el proceso de la atención médica; mientras que la relación médico-paciente es un proceso de interacción social.

También al tomar en cuenta la recomendación de Banchs (2011: 228) de que “al estudiar las RS hay que verla como dialéctica, (...) se dan cambios de paradigmas y significa hablar de un cambio en la manera de ver, conocer y pensar consagrada oficialmente dentro de una comunidad científica”, aquí se vinculan representaciones y práctica, individuo-sociedad, ya que existe una gran red de interacciones. Vemos que eso coincide con el proceso de atención médica que tiene múltiples interacciones, incluidas las actitudes y comportamientos clínicos que integran las representaciones que se van construyendo.

Para este caso, los estudiantes en su trayectoria escolar, participan en y con la sociedad; adquieren experiencias gratas o desfavorables frente al(los) paciente(s); van encontrando sentido de la práctica clínica través de la guía del profesor. Se infiere, que si conocemos la manera en que los estudiantes se comunican, entienden y ponen en práctica no sólo el concepto sino la metodología clínica apropiada, se entenderán mejor sus representaciones (producto y proceso) de las múltiples interrelaciones que establecen estos estudiantes con la práctica real de la clínica.

En estas interrelaciones aparecen actitudes, intereses, conocimientos y comportamientos que responden a las representaciones que van construyendo durante su formación. Al conocer e interpretar su decir de lo que les acontece en el ambiente clínico, se pueden entender mejor sus inquietudes, sin olvidar que aún se encuentran en vías de desarrollar un conocimiento teórico científico formal de la medicina. Así que de lo que poseían al inicio de la carrera, conocimiento popular de sentido común, se pasa a un nuevo conocimiento de sentido común precientífico, lo que Moscovici llamó sabio aficionado. Por ello encontramos ciertas discrepancias en su decir de lo que se han imaginado sobre la clínica de la realidad social, y que al final existe pretensión de adquirir el conocimiento científico. Para Moscovici es tan válido el uno como el otro, dado que mueve al individuo a la acción.

Se puso atención a lo que dicen los sociólogos Berger y Luckman (1991:37) en relación con el docente y sus alumnos: “[...] una cosa son los docentes con sus pensamientos y acciones profesionales y otra es la de los alumnos. En la dinámica del proceso mismo, se pueden cambiar algunas concepciones de sentido común de los alumnos”. Agregan “[...] Asimismo los docentes poseen un saber, se creen con derecho a juzgar todo y consideran inútil dar cuenta de los determinismos a los que están sujetos y rechazan que se les estudie, y pareciera intolerable una intromisión en sus asuntos como si hubiese una profanación de su saber”. Esos pensamientos me sirvieron de orientación para mi investigación, debido a creo que es aplicable a nuestros estudiantes de medicina y su relación con los docentes.

Es por ello que decidí explorar de inicio las RS de los estudiantes, y después las de los docentes. Haciendo un símil de lo mencionado por Moscovici (1979: 9): “Se tiene la esperanza de que las actitudes cambien en el transcurso de los años y que sea favorable con la aportación de este tipo de investigación”, en mi caso al campo de la educación médica. Pienso que esta afirmación tendrá un hilo conductor para el futuro, pero limitando el presente a efectuar recortes pertinentes sugeridos por el comité tutorial.

Dentro de la dinámica de grupos, tanto de estudiantes, docentes y personal administrativo de apoyo, comparten características afines, en especial los primeros dos. Revisan contenidos comunes, los vinculan con las necesidades de salud de la sociedad; para el caso de la clínica, lo hacen con los pacientes que demandan servicios de salud, además actúan en una realidad concreta que debe considerarse en el proceso. Al respecto, Fernández Sierra (2005) señala que existe en la escuela, una racionalización dogmática del saber, como poder de dominación, que se puede alejar del mundo de las representaciones sociales y de lo educativo; por lo tanto, de no reconocimiento del otro como otro.

Desde esta dimensión, considero que fue conveniente conocer más sobre la práctica clínica cotidiana del alumno y, establecer los puentes necesarios de lo teórico

científico con la práctica real en la experiencia diaria. Debido a que al aproximarse a lo que piensan los estudiantes y cómo se representan socialmente a la clínica médica en su proceso de formación, sería una oportunidad de conocer lo subjetivo que se concreta en la realidad.

De lo contrario, creo que se seguiría quedando reducida la clínica a un dominio de saber teórico y, en consecuencia, verse como natural esta forma de enseñar. Es decir, se teoriza la clínica, relegando el quehacer de procedimientos; se teoriza a nivel técnico, con tareas y comportamientos fragmentados, pero sin comprender el significado social que tiene la profesión médica.

Capítulo II. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA

En este apartado, con fines descriptivos, se separan artificialmente los dos conceptos que integran el objeto de estudio. También se aborda lo correspondiente a las representaciones sociales (RS), sobre éstas, Moscovici escribió:

Hay necesidad de... “acercarse al pensamiento de sentido común, ya que en éste se forman las imágenes y los lazos mentales que sirven como herramienta para el aprendizaje” ... Existe el conocimiento (saberes) popular y el conocimiento científico que incorporado en la sociedad; el discurso científico se transforma para su uso en la vida cotidiana mediante la comunicación (Moscovici, 1986, p. 682).

Previamente Moscovici (1979) aludió que sus teorías desde un inicio consideraron a la psicología social como una disciplina mixta; en un entrecruzamiento de ciencias psicológicas y ciencias sociales, evitando el enfoque unilateral —lo meramente individual o lo social—; [...] hay una reciprocidad de los conocimientos científicos. Él habla de su enfoque, el cual observa a los fenómenos psicológicos desde el punto de vista de la vida social y cultural, tanto de los sociólogos como los antropólogos, explicado en su trabajo de investigación.

1 Definición de las representaciones sociales

De acuerdo con Castorina (2008), para formular una definición de representación social es preciso considerar a los elementos mentales, afectivos y sociales mediados por el lenguaje y la comunicación que están presentes en los procesos psíquicos y sociales. En este sentido, las RS, según lo dicho por Moscovici (1979), ocupan una posición mixta en la encrucijada de una serie de conceptos sociológicos y psicológicos.

Esta teoría, como refiere Farr (2011, p. 27), “es objeto de estudio de la psicología social, dado que capta los aspectos esenciales cuando estudia las representaciones sociales y las comunicaciones”. Así surgió formalmente la teoría de Serge Moscovici (1961) con la publicación del *Psicoanálisis su imagen y su público*, en la que amplía sus

ceptualizaciones 15 años después en su segunda edición (1976 edición en francés, y traducción en español en 1979), modifica su estilo y forma de exponer los hechos e ideas. Moscovici (1979, p. 9) afirma: “Eliminé los aspectos técnicos y teorías que interesaban a sólo a especialistas”.

Su maestro Daniel Lagache, en el prefacio de esta obra, la considera como una investigación de psicología social y de sociología del conocimiento: ciencia abierta del hombre, abierta a otras ciencias. Por mi parte, comprendo que lo que dice este autor es una alusión de unir lo que separó Durkheim: a la sociología de la psicología. Es por ello que este concepto de representación social lo retomamos para nuestra investigación por considerar a la práctica clínica como un hecho social con dos componentes: lo formativo del futuro médico y la clínica inserta en el proceso de la atención médica. Como en ambos se da la interacción social, entonces, al retomar la perspectiva teórica de las RS, permitió conocer y comprender sobre lo que los alumnos piensan y hablan de su práctica clínica.

El pensamiento psicoanalítico nació a principios del siglo pasado, pero en la década de los treinta existía interés por el estudio de las relaciones interpersonales, las intenciones de cura y su conceptualización teórica. Freud dio cuenta de ello con su teoría del psicoanálisis, criticada en principio por diversas razones morales, políticas e inclusive filosóficas, pero con el paso del tiempo se fue expandiendo y finalmente fue aceptada; por lo que Moscovici (1979, p. 11) la reconoció como: “La ciencia terapéutica que ha ocupado un lugar preponderante en nuestra cultura”.

El psicoanálisis fue, al final del siglo XX, nuevamente cuestionado por psiquiatras, psicólogos. No obstante, pienso que a la fecha sigue vigente para algunos profesionales de la salud psíquica (psiquiatras y psicólogos interesados en el psicoanálisis, pues la siguen aplicando en sus terapias), aparte de que en los planes de estudios de la ciencia de la salud, se continúa hablando sobre este tema.

En virtud de que existen diversas definiciones para las RS emitidas por investigadores en los distintos campos disciplinarios, no hay una definición conceptual única. Sobre esto Moscovici (1979) argumentó que es preferible la plurirreferencia definitoria, ya que la teoría se va expandiendo y no es conveniente limitarla a una definición. Sin embargo, para orientar nuestra investigación en los servicios de salud desde la práctica clínica en medicina, retomamos varias de sus definiciones de las RS y de algunos de sus seguidores contemporáneos, como la siguiente:

La RS es una modalidad particular de conocimiento, cuya función consiste en la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos, mediante el sentido común en la vida cotidiana. Se van construyendo de manera permanente los espacios donde se comunican y comparten las personas (Moscovici 1979, pp. 17, 18).

Frente a la gran diversidad de definiciones encontradas, he de mencionar que se omitió aquellos autores que pudieron, desde mi parecer, restarle alguno de los elementos que componen a la RS: lo mental, afectivo, social y sus formas de comunicación mediadas por el lenguaje.

Otra definición que Moscovici expone sobre representación social, “es un corpus organizado de conocimientos [...]” y, al respecto agrega que una de las actividades psíquicas, gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integra en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, que liberan la imaginación mediante la comunicación.

Estas representaciones, tienen la particularidad de ser dinámicas debido a que no son sólo productos mentales, sino también construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales. Se encuentran en todos lados, se cruzan, circulan y cristalizan en el mundo cotidiano a través de la palabra. Por lo tanto, esta modalidad particular del conocimiento cumple una función para el comportamiento e interacción comunicativa.

Por su parte, Duveen (2011. p. 213) hace mención sobre que “hay una relación sutil

entre representaciones e influencias comunicativas”. Las representaciones son siempre producto de la interacción y comunicación y, “ellas toman su forma y configuración específica en cualquier momento, como consecuencia de equilibrio de esos procesos e influencia social”. En este aspecto, al vincular a varios elementos vertidos hasta el momento de esas definiciones, se pueden inferir lo que los estudiantes viven en su práctica clínica cotidiana con sus diferentes representaciones: organizan conocimientos en su pensamiento y las comunican con y entre los diferentes actores del proceso de atención médica.

La representación del estudiante es del algo que le permite interpretar la realidad clínica, en un proceso de reconstrucción acerca de lo que sabe, y su contexto clínico que le oferta una serie de experiencias que pueden o no pueden responder a sus intereses de llegar a ser médico general. Para ello, la comunicación con sus docentes y pacientes le permitirá un mejor entendimiento del conocimiento compartido en el uso cotidiano de conocimientos tanto declarativos como procedimentales.

Otra definición que Moscovici hace de la representación social que engarza los valores insertos en la práctica de la interacción, con la finalidad de entender y darse a entender entre los individuos en el mundo social:

Es un sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función: primero, establecer un orden que posibilitará a las personas orientarse en su mundo material y social y controlarlo; segundo, posibilitar que la comunicación sea posible entre los miembros de una comunidad, estableciéndoles un código para nombrar y clasificar sin ambigüedad los diversos aspectos del mundo y de su historia individual y social (Moscovici, 1979, pp. 13, 18).

En la práctica clínica de los estudiantes aparece un sinnúmero de códigos y signos en la relación médico-paciente, enriquecidos por valores humanos de servicio a quien padece una enfermedad, la cual se ve reflejada mediante el lenguaje oral o verbal en el contexto social del servicio clínico, avalada tanto por la comunidad médica, como el de ser aceptada por el resto de la sociedad a la que sirve.

Por ello también se concilia al objeto de estudio de esta investigación con la vertiente sociológica de una representación que, de manera sencilla, definió de otra forma Moscovici a la RS como “la elaboración de un objeto social por una determinada comunidad”; en esta definición se contemplan tres elementos conceptuales: elaboración, objeto social y comunidad. Éstos se hallan integrados en un modelo de búsqueda de la verdad sociológica; con ello, substituye al modelo abstracto y teórico de RS colectivas de Durkheim, por el de análisis de un objeto real presente en la sociedad que, llevadas a un caso concreto de la práctica clínica del estudiante, es aceptada por los pacientes de manera particular, y por las instituciones de salud (como las educativas), para formar a nuevos profesionales de la salud en un microsistema.

Durkheim, a decir de Moscovici, fue el primero que propuso el término de representación colectiva para designar la especificidad del pensamiento social dándole su primacía respecto del pensamiento individual. De cierto modo coincide con él, pero Moscovici agregó (1979, p. 16) que “éste es un fenómeno puramente psíquico irreductible a la actividad cerebral que lo hace posible; mientras que la representación colectiva no se reduce a la suma de representaciones de los individuos que componen la sociedad”, debido a que hay primacía de lo social sobre lo individual, uno desborda al otro. Al respecto Moscovici lamentó que no diera respuesta ese autor del porqué la representaciones se llaman, se distinguen o se excluyen unas de otras.

Moscovici construye la perspectiva teórica que fue aplicable en lo particular, en un principio centrado en el psicoanálisis; para después penetrar a otras representaciones como la enfermedad, la sexualidad, la educación, la medicina etc., en que los miembros de la sociedad piensan, hablan de sus experiencias y de su conducta en una intimidad intersubjetiva. En consecuencia, la RS debe estudiarse de cerca, dado que toda representación social está compuesta de figuras, expresiones socializadas, y es una organización de imágenes, de lenguaje, porque recorta y simboliza actos en situaciones que son o se convierten en comunes.

Para Jodelet (1989, pp. 31-61) una representación es una “forma de conocimiento práctico conectando un sujeto a un objeto[...]”. Para nosotros, cuantificar ese conocimiento como práctico se refiere a la experiencia a partir del cual el conocimiento es producido por las referencias y condiciones contextuales del servicio clínico producido; sobre todo, por el hecho de que la representación se emplea en el proceder con los otros, como puede ser con pacientes, médicos y personal de la salud.

Visto de esta manera, se plantearía que la RS del estudiante es una modalidad particular del conocimiento que se comparte y aplica frente al paciente, cuyo papel es la elaboración de comportamientos y formas de comunicación entre los individuos (estudiantes, docentes, personal auxiliar y familiares), y en procesos psíquicos y sociales que se encuentran interrelacionados. Al final lo centraré en el campo de la educación médica.

Ya en el libro de Moscovici (1979, p. 5), lo que en un inicio fue su tesis doctoral, se plantean preguntas de investigación que sustentan su teoría al interpretar y explicar sus resultados acerca de las representaciones de una parte de la población francesa en relación con el psicoanálisis; sus preguntas básicas fueron: ¿Cómo se representa y modela el gran público al psicoanálisis?, y ¿a través de qué caminos se construye la imagen que se tiene del psicoanálisis?

En un símil siguiendo a Moscovici, cuando se quería conocer las RS que tienen los estudiantes en el ámbito de la educación médica, se formularon las siguientes interrogantes ¿Cómo los estudiantes de medicina van construyendo y elaborando sus representaciones sociales sobre la práctica clínica en su vida cotidiana? ¿Qué condiciones y experiencias durante la práctica clínica adquieren con los otros (docentes, pares y pacientes) y les permiten reconstruir sus representaciones sociales?

Las representaciones sociales, individuales o de grupo, hacen que el mundo sea lo que pensamos que es o debe ser. A cada instante una idea nueva se agrega en la mente y

un pensamiento presente se puede modificar; en este juego dialéctico si lo ausente choca, se reelabora en el pensamiento, es por lo extraño del concepto y no la naturaleza del objeto. Además se halla fuera del ámbito habitual en que se convive y causa tensión o sorpresa de los conceptos atribuidos al objeto.

En otras palabras, Moscovici (2003) refiere que nosotros percibimos al mundo tal como es, y que todas nuestras percepciones, ideas y atribuciones son respuestas a estímulos del ambiente físico o casi físico en que vivimos. Lo que nos distingue es la necesidad de evaluar correctamente esos seres y objetos, de comprender la realidad; lo que diferencia al ambiente con respecto a nosotros es su autonomía, lo mismo que su indolencia a nuestras necesidades y deseos.

Se podría mencionar cómo analogías al contraste de la realidad y el mundo mágico, o el de los sueños del niño, que son un campo alejado de los adultos. Hay incompatibilidad lingüística e intelectual que en muchos casos, tal y como cuando a los padres les pueden provocar inquietud al escucharlos hablar, o bien lo desatienden justificando que se carece de cierta información para dar respuesta al niño. En el campo del psicoanálisis, la gente habla del inconsciente, pero no sabe de qué se trata, o bien cuando un docente dialoga con su alumno enunciando múltiples términos médicos, que sin comprender el estudiante repite su significado, debido a que no sabe asociar saberes y lenguaje.

También se puede presentar lo contrario; es decir disponer en demasía de información, aun cuando resulta legítimo en el uso o abuso de los conceptos técnico-médicos, carece de posibilidad de asociarlas con las realidades en que se emplean los términos. Para reducir esa tensión y desequilibrio, el contenido que es extraño, pasa al interior como un contenido corriente, para hacer familiar lo insólito conservándolo para diálogos cotidianos. Hay estudiantes considerados como muy avanzados, otros son reservados y prefieren callar, por lo que el docente concluye que ambos no comprenden bien lo que se habla.

Las RS, en cuanto objeto social, aparecen en grupos en las que, como se mencionó anteriormente, incluye su intercomunicación. Esta última implica tanto puntos de vista compartidos como divergentes sobre diversas cuestiones, proceso en que se coincide lo objetivo o subjetivo de lo que se comparte. Éstas no necesariamente son homogéneas, como en la relación médico-paciente, sino heterogéneas entre las distintas especialidades médicas de la práctica clínica. Existe la posibilidad de ser antagónicas como base a la conversación y las formas de opinión compartidas entre los diversos servicios clínicos por los que rotan los estudiantes.

Es esta experiencia y conocimiento aparentemente contradictorios que permiten elaborar un discurso grupal emitido por los estudiantes (y aun en los pacientes), llamado conocimiento cotidiano, ordinario y de sentido común; esto subyace y proviene de un conocimiento científico con entramado de interdisciplinariedad. De cualquier modo, en este proceso de elaboración de un nuevo conocimiento de sentido común, raramente aparece si no es por necesidades prácticas.

En relación con el pensamiento de sentido común, Piña (2004, p. 25) afirma que por sus diversas expresiones debe ser reconocido y aprehendido en su complejidad por el especialista de las ciencias sociales, dado que a partir de él puede comprenderse el sentido que adquieren las prácticas educativas específicas. Y dentro de las formas de pensamiento de sentido común, están las RS que se construyen en espacios y actividades de la vida cotidiana, como en nuestro caso sería la práctica clínica en los servicios de salud.

Precisamente en esos espacios de la práctica clínica, similar a la práctica educativa de Piña (2004, pp. 23, 24), se expresan las subjetividades (diría intersubjetividades de los actores que participan en el campo clínico). Por un lado el nuevo conocimiento de sentido común del estudiante que va adquiriendo a partir de lo que lee y escucha de la medicina (reemplazando sus nociones de sentido común para explicarse la realidad de salud de sus pacientes); y por otro, los conceptos mejor elaborados por el especialista médico que están remitidos a la teoría científica.

Sin embargo, en ciertas circunstancias el médico especialista, en algunas de sus actividades, se convierte en persona común, puesto que no puede ser especialista en todo. El experto-médico de su disciplina (especialidad) desconoce otras áreas, como la educación, e inclusive otras especialidades; por lo que en esas esferas de conocimiento, también se recrean formas de sentido común mediante creencias o representaciones sociales.

Este profesor-médico de cierta especialidad, al ser cuestionado por otros especialistas (lo más frecuente en la práctica clínica que observa y escucha el estudiante: internista contra cirujano o inclusive frente a especialistas en educación) le obliga a leer revistas actualizadas de medicina o educación para descubrir nuevos conocimientos. Esta particularidad de combinación del sentido común con los hallazgos científicos, que menciona Piña (2004, p. 24), es propia de la sociedad contemporánea.

Los estudiantes de medicina del sistema modular requieren de prácticas desde el inicio de su carrera y, a partir de lo que escuchan y leen, contrastan con la realidad clínica acerca de lo que se dice. La mayor parte de las veces de acuerdo con esta teoría de RS, existe una modificación de las condiciones de vida y conductas al interior de los individuos y la sociedad, ocasionando reelaboraciones y cambios en las concepciones de los objetos sociales. Lo desconocido (hasta cierto momento incluso no familiar), al considerarlo relevante, acelera el proceso de comunicación, primero entre alumnos con sus docentes, y después con los pacientes para hacerlo inteligible y manejable.

Jodelet (1984), seguidora de Moscovici, en sus estudios amplían el término de representación social, al mencionar que constituye la designación de múltiples fenómenos que se observan y estudian en varios niveles de complejidad: individuales, colectivos, psicológicos y sociales. Entonces las RS se presentan de forma muy variada y compleja, con imágenes que condensan un conjunto de significados; es decir, como sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede e incluso dar sentido a lo inesperado. Con esto se clasifican los fenómenos, las circunstancias y con los individuos con quienes se interactúa, aquí subyace la actitud hacia lo que ya se conoce.

La noción del concepto de RS proviene de la sociología, y de manera más específica de la psicología social; como analogía podría semejarse al concepto de genética en medicina que proviene de “gene”. Según Farr (2008) esta disciplina en principio su tradición era individualista en el ambiente norteamericano con pocos lazos entre la forma sociológica y la psicológica, no así entre los investigadores que estudian las RS y los que lo hacen sobre las opiniones y las actitudes. Y una forma de instalar la dimensión sociológica y cultural es que los investigadores acepten a las representaciones sociales.

De las dimensiones de las RS como contenido, campo de representación y actitud, retomo por un momento de manera breve a esta última dimensión, puesto que recobra importancia en la atención médica, y dígame de paso que el mayor número de quejas e insatisfacciones que manifiestan los pacientes, es debido a la actitud negativa de los prestadores del servicio incluidos los médicos. Farr (2008) mencionó en relación con la actitud, que era un término teórico común entre sociólogos y psicólogos hasta los años treinta del siglo pasado (coincide con lo que arriba se expuso con el término la segunda oleada del psicoanálisis señalado por Lagache).

Moscovici marcó su postura al decir que las representaciones sociales son objeto de estudio de la psicología social; el estudio de esta disciplina es algo más que el de las actitudes u opiniones como meramente individual y constituyen un aspecto subjetivo de la cultura. La psicología social transformó el concepto social de actitud en una representación con eminencia individual.

González Rey (2011) interpreta que Moscovici asoció el componente emocional de las RS con las actitudes. Y al referirse a lo subjetivo, no sólo lo especifica a lo cultural, que planteó Moscovici, sino que lo desagrega hacia lo social e individual, toda vez que las representaciones sociales representan configuraciones de sentidos subjetivos, que se constituyen de forma simultánea en la subjetividad individual y lo social. El autor lo describe como categoría de sentido subjetivo que esta comprometida con las acciones del sujeto en los espacios de acción y los trasciende con historias diferenciadas como

producción subjetiva. El sujeto es protagonista de los procesos de comunicación que expresa inquietudes y emociones llegando a modificar inclusive las representaciones sociales dominantes.

Es por ello que González Rey (2011, P. 86) introdujo la categoría de sentido subjetivo al estudio de las RS, ya que facilita la comprensión de éstas como formaciones subjetivas en que se integran la subjetividad social y la subjetividad individual. En sí, manifiesta que las RS “son verdaderas producciones sociales que expresan elementos de sentido subjetivo muy variadas a través de las personas y de los escenarios sociales en las que ellas aparecen, pero de manera no explícita”, por lo que toca al investigador interpretar para comprender el funcionamiento social de lo que no aparecía en la conciencia de los sujetos que comparten un escenario o espacio representacional.

Moscovici (1993) nos amplía el panorama cuando sostiene que una actitud es un aspecto de representación y ésta es lo que agrupa a diferentes actitudes; entonces, la actitud es una dimensión de la representación que las mantiene unidas. Este autor al interesarse en el estudio de las actitudes y la primacía que le da a las representaciones, concluye que uno expresa una actitud hacia su propia representación de ese objeto; cree que el objeto no es independiente de lo que se sabe y se piensa respecto de él.

Durante ese tiempo de discusión de los psicólogos sociales, a las representaciones sociales las consideraban compartidas y las ubicaban en el nivel del grupo dentro de la comunidad e influyen tanto a nivel intra- como extragrupal; a la vez, Moscovici hace nuevamente un deslinde por considerar que son compartidas en las épocas premodernas y no lo son tanto por ser más dinámicas las representaciones en la era moderna; éstas cambian todo el tiempo y no están tan compartidas. Decidió, entonces, llamar representaciones sociales a lo que Durkheim tiempo atrás, y como se dijo, denominó colectivas.

Pienso que en las representaciones sociales subyace una actitud de aprobación para continuar las costumbres, normas y valores sociales dentro de un determinado contexto, tal como acontece en la historia de la práctica clínica que abordaré más adelante. Esta organización y aceptación en la sociedad conforman, con el paso del tiempo, ciertos valores culturales; sobre lo anterior, Moscovici (1993) distingue cómo las actitudes desempeñan un papel importante para la construcción cultural, ubicadas entre el individuo y la sociedad.

El estudiante de medicina que va en busca del conocimiento científico y experimenta una ideología que determina y orienta la práctica clínica (interacción de actitudes y conforman parte de la cultura occidental), también penetra en la cultura popular porque se transforma en conocimiento del mundo al que pertenece (especialista, pacientes y sociedad). Esto podría concordar con lo que menciona Piña sobre lo que asumió Arredondo en su trabajo de polifonías corporales (2010, p. 23), “que la cultura es un texto que puede ser leído desde diferentes ángulos y enfoques, y le asigna a un investigador la tarea de inscribir la interpretación que los sujetos hacen de la realidad”.

Para mí al inicio se dio la incompreensión tanto sobre el estatuto teórico de las RS su definición posible y los vínculos socioculturales que poseen los actores. Sin embargo, al encontrar que las RS ocupan una posición mixta en la encrucijada de conceptos sociológicos y psicológicos, y que éstas son guías para la acción, comprendí de manera más clara que en la práctica clínica no sólo requiere de conocimientos, actitudes de servicio, sino también de la comprensión integral en el campo de acción (campo de representación), determinado por un sinfín de comunicaciones entre diversos actores de la atención médica en las que subyacen antecedentes socioculturales que no les son ajenas.

Con ello se entendió mejor lo que refiere Moscovici (1979), que en el proceso de conversación y en el medio de comunicación, los objetos sociales son creados y elaborados por los actores sociales: este proceso de comunicación se crea mediante

cualquiera de los medios que poseen, generando una serie de representaciones que más les conviene utilizar. Aunado a lo que Jodelet menciona en relación con la RS:

Es un conocimiento del sentido común, que son mediaciones que nos permiten interpretar la realidad diaria y actuar en el mundo. (...) Son una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido orientado hacia la práctica, que ocurre en la construcción de una realidad común en un conjunto social. (Jodelet, 1984, pp. 72, 82).

Ante este enunciado se percibió la importancia de que esta perspectiva teórica apoyaba la investigación, en la cual los estudiantes van experimentando emociones y frustraciones hacia las que tienen ciertas actitudes favorables o desfavorables cuando intentan aprehender la metodología clínica, además elaboran una serie de representaciones sobre la misma práctica. Es decir, con esas RS, una manera de interpretar y pensar la vida cotidiana, es una forma de conocimiento social de la medicina.

Ellos fijan su posición sobre acontecimientos que les concierne en su contexto concreto del servicio clínico, en que puede haber comunicación apropiada o no puede haberla, que les proporcionan su bagaje cultural a través de códigos clínicos, valores e ideologías conforme a su pertenencia específica (no es fortuito que al paso de cada servicio, quieran o rechacen tal o cual especialidad: ginecología , cirugía, pediatría etc., dejando de lado que se están formando en esta etapa como médicos generales).

Doise citado por Abric (2004, p. 27) definió a las RS como la toma de posición de los individuos, como “principios generadores de toma de posición vinculadas con inserciones específicas en un conjunto de relaciones sociales y organizados por los procesos simbólicos que intervienen en esas relaciones”. En el diálogo de la vida cotidiana se trasmite información, se sabe sobre algo, incluso, se defiende una determinada posición y se precisan las expresiones.

Las actitudes se van ordenando; el saber nuevo fluye con frases que buscan renovar las visiones del mundo; por decirlo así, ahora se está al corriente. Aquí se mezclan

visiones y deseos con la realidad; hay intención de hacer familiar lo que antes se desconocía a fondo; se tornan como hábitos de grupo para dialogar de tal o cual manera. Los estudiantes y médicos hablan con cierta terminología, un poco distinta a la que utilizan cuando dialogan con los pacientes.

Jodelet (1984) puso énfasis en que la RS se define por un contenido mediante informaciones, imágenes, opiniones, actitudes. Dicho contenido se relaciona con un objeto, un trabajo por realizar, un acontecimiento económico, un personaje social. La RS es de un sujeto, una familia, grupo o de determinada clase social, en relación con otro sujeto; por lo tanto es una posición que ocupa el sujeto en la sociedad.

Entonces, toda RS es representación en un acto de pensamiento mediante el cual el sujeto se relaciona con otro sujeto u objeto. El representar es sustituir a o estar en lugar de, por lo que la representación mental es imagen de algo, ya sea persona, objeto u acontecimiento que está emparentada con símbolos. En nuestro caso, la educación médica que como hecho social se cristaliza en un conocimiento práctico, y existe aquí una riqueza de simbolismos según la historia y las distintas regiones donde se percibe un daño a la salud con su posible solución.

Abric (2004, p. 18) señala algo parecido de la RS como natural o ingenua, para saber a partir de nuestras experiencias o de las informaciones que son proporcionadas de y con los otros; la define así: "Una representación social es una información organizada y estructurada, llena de creencias, opiniones y actitudes, a propósito de un objeto dado". Es diríamos un sociocognitivo particular. Anteriormente había mencionado este autor (1992), en la primera conferencia internacional de RS, que la representación se construye desde la experiencia cotidiana y la comunicación mediante conversación, medios de comunicación, pero a su vez determina el comportamiento y las interacciones sociales. Por consiguiente, operan en un sistema circular, donde las prácticas y las representaciones se influyen mutuamente.

Estos conceptos se encuentran vinculados al referirnos a los estudiantes insertos en la disciplina de la medicina durante su proceso de formación y, en especial, en la relación medico-paciente. Por lo que resulta apropiado detenerse un poco a examinar cómo y en qué se convierte una disciplina científica o técnica de la práctica clínica al pasar del campo del especialista médico, al campo común de estudiantes y de los pacientes.

Se puede decir que hay una transformación de un conocimiento indirecto en uno directo como medio para apropiarse del mundo exterior (lo perteneciente al especialista en el mundo científico); y, al entrar en el interior de los individuos, se intercambian diálogos de manera temporal de acuerdo con lo que más impacte al grupo o sociedad. Por ejemplo, la puesta del hombre en la Luna aparecieron en una serie de especulaciones y la imaginación en la sociedad en su momento no se hizo esperar (cómo serían los marcianos y la posible invasión a la Tierra).

O como lo narra Moscovici (1979), la relación del psicoanálisis con los complejos, es que todos hablan de ellos, les resulta familiar el concepto. Se da testimonio de ciertas observaciones de conductas de sus semejantes; se dan como diagnóstico sin saber bien de lo que se enuncia: el (ella) es callado(a) porque está acomplejado(a), actúa así porque no supera su complejo de Edipo, etcétera.

Otro concepto que sirvió de ejemplo a Moscovici, para explicar cuándo las ciencias permean a la sociedad, fue el de la relatividad, en que los individuos mencionan lo concerniente al movimiento de electrones con diferentes cargas, de tiempo y espacio pero sin comprender a la teoría de Einstein. En medicina se habla de pesos atómicos, combinaciones y enlaces de moléculas, aunque sin saber bien de qué se trata. Lo “importante” es estar al corriente de lo que se dice, no tanto avanzar sobre el conocimiento; los miembros de la comunidad conversan sobre lo que oyen o leen en forma autodidacta, pero con prejuicios que los convierten en sabios aficionados.

En este hilo de continuidad, Piña indica (2004, p. 29) que en la sociedad contemporánea abunda la información especializada, propagada por los medios de

comunicación, en donde se difunden noticias espectaculares como las mencionadas arriba; esto con el fin de llamar la atención del público con descubrimientos o adelantos de la ciencia y, según sean las personas de acuerdo con su nivel social, educativo o económico (escenario fragmentado), es como se construyen las RS particularizadas.

Moscovici, sin embargo, aclara que las personas no son autómatas ni máquinas pasivas que obedecen a los aparatos informativos, sino que registran y reaccionan ante estímulos externos, poseen una frescura de imaginación y dan un sentido a la sociedad y al universo que pertenecen. En todos los casos, en la representación existe un contenido mental concreto de un acto de pensamiento, que restituye simbólicamente algo ausente, aproxima algo lejano y su particularidad importante, garantiza su aptitud para fusionar el preconcepto y concepto en su carácter de imagen.

Moscovici, respecto a la imagen o representación de algo o de alguien, aludió: “Se tiene que encarar en forma activa, puesto que su papel es dar forma a lo que proviene del exterior y es asunto de individuos y de grupos, más que de objetos en el transcurso de las interacciones sociales” (Moscovici, 1979, p. 17). Tocante a esas representaciones sociales, Banchs (2000) puso énfasis en lo social, interpretadas de dos maneras: a través del contexto en las que se sitúa las personas por la comunicación que se establece entre ellas, y mediante los marcos de interiorización de valores, códigos, ideología, insertos en la cultura.

Vista de esta forma, las RS se vinculan de manera directa y exclusiva con el sentido común de las personas, dado que se parte de la realidad, se construye como producto social y, por lo tanto, el conocimiento generado es colectivamente compartido. Moscovici hizo énfasis sobre la construcción del conocimiento en la vida cotidiana, al que Banchs (2007, p. 63) la califica de epistemología de sentido común, mencionando, que “cuando se estudian las representaciones sociales interesa conocer el estilo global o sistema lógico del pensamiento social, sus contenidos y su construcción mental de la

realidad, construcción realizada en interacción cara a cara, con los que dan identidad social y sentido al mundo de vida”.

Por último, González al hacer referencia de Moscovici (2006, pp. 70, 71) indica que este autor introdujo la noción conceptual de RS para explicar la construcción de la realidad de los individuos, lo que “permitió establecer una psicología social constructivista, histórica, hermenéutica y sociológica, como alternativa de la psicología norteamericana de tradición positivista”. Y que las RS son propias de la modernidad, en que los conceptos compartidos socialmente conforman sistemas de pensamiento grupal, no son estáticos ni tienen permanencia, por lo que tienden a mutar constantemente por ser influidos en parte por los medios de comunicación que fluyen de manera incesante.

En esencia, todos estos autores concuerdan, con mayor o menor número de palabras, que las RS son un tipo especial de conocimiento, en que está inserta su identidad en los discursos de lo simbólico subjetivo-cognitivo del individuo y, se expresan finalmente en una conducta de la vida cotidiana. En este sentido, Piña (2007, p. 55) explica, que “el individuo y sólo él es capaz de construir el mundo donde se integra y despliega su vida cotidiana; y cuando se encuentra con algo ya creado por sus predecesores, no es lo definitivo; cada individuo participa activamente con su crítica profunda o su cómoda adaptación”. La integración del particular no es una imposición sino que debe darse a través de un diálogo constante.

Pensamos que la sociedad cuenta con expectativas en la salud del hombre concreto particular dentro de un contexto concreto sociomédico (al formar un nuevo médico) de lo que de él se espera; el estudiante se desempeña como profesional en el campo de la medicina. Luego en lo particular se desarrolla en condiciones sociales concretas, ante todo aprende a usar las cosas, apropiarse de los sistemas de uso y de los sistemas de expectativas (manejo de técnicas y procedimientos médico-quirúrgicos). Por consiguiente, la reproducción del hombre particular es siempre reproducción de hombre histórico, de un particular en un mundo concreto de la medicina.

En este caso en la práctica clínica de los servicios médicos, se podría vincular como lo explica Piña (2007, p. 55): “las representaciones sociales permiten explicar ese conocimiento, hecho a mano por los actores, inmersos en ciertos grupos, constituyen, y que de cierta forma permiten la comprensión de la realidad particular”; entonces la vida cotidiana en esos servicios de salud es un escenario relevante en la construcción de las RS que construyen los estudiantes de la práctica clínica-médica.

2. Proceso de génesis y construcción de las representaciones sociales

Partiríamos con estas preguntas ¿Qué son y cuándo surgen las representaciones sociales? Puesto que en el recorrido de búsqueda del marco referencial teórico para sustentar este trabajo, se observa que en múltiples estudios sociológicos y aportaciones de distintos campos disciplinarios incluidos la educación, subyace esta corriente como fundamento teórico. Moscovici explica (2003) que al realizar lecturas de intelectuales de su época y anteriores a él como Lévy-Bruhl; Bartlett; G, Piaget; L, Vygotsky; S, Freud y E. Durkheim, le permitieron ir conformando su teoría y, de este último autor, retoma el concepto perdido de las representaciones colectivas.

Farr (2008, p. 162) dio ciertas pistas sobre la propuesta de Moscovici, que podría pensarse que son retomadas del estudio social de las actitudes de los individuos en la sociedad: “En la tradición psicológica, se planteó el concepto de actitud de Thomas como concepto cercano al de representación en el estudio actitudes de los campesinos polacos por William en 1918”. Los consideró como procesos mentales que determinan respuestas de los individuos hacia su entorno social, así como los valores que circulan entre ellos y, según Pérez (2008) estos estudios de las actitudes son retomados más adelante por Jahoda (en 1933) con mayor detalle en una población diferente,

Por su lado, Castorina (2008) describe que las RS tienen un nacimiento en la psicología social hacia fines del siglo XIX, como una propuesta alternativa de visión holística sobre de la realidad individual que imperaba en ese tiempo. Estos trabajos

presentan en común, explicar las creencias y comportamientos de origen social compartidos por los grupos, tal como lo enfatizarían más tarde Moscovici.

Casi la totalidad de investigadores centran su atención en las representaciones sociales, y hacen referencia que éstas fueron propuestas por su creador (fundador) Serge Moscovici (1961/1979), en que se dio una ampliación y ruptura a la noción de representación colectiva de Emilio Durkheim (antecesor), vista esta última como producto del proceso cultural de larga duración e inmutable. Al respecto, Piña menciona (2007, p. 26) que “las raíces del concepto de representaciones sociales de Moscovici, descansan el concepto de Durkheim”.

Según Moscovici (1979) el concepto de representación social o colectiva surgió en la sociología y antropología. Durkheim y Lévi Bruhl se apoyaron de ambas ciencias para elaborar su teoría de la religión y el pensamiento mítico. Entonces, Durkheim fue el primero en proponer el término de representación colectiva:

Él quería designar así la especificidad del pensamiento social con relación al pensamiento individual y éste es un fenómeno puramente psíquico irreductible a actividad cerebral que lo hace posible; la representación colectiva no se reduce a la suma de las representaciones de los individuos que componen la sociedad (Moscovici, 1979, p. 16).

Las citadas disciplinas desempeñaron un papel análogo en la teoría del lenguaje de Saussure, la teoría de representaciones infantiles de Piaget y aun en el desarrollo cultural de Vigotsky; debido a que estos últimos investigadores, según Moscovici (2008, p. 105), siguieron respectivamente las ideas de estos psicólogos sociales. Ese concepto de representación colectiva y de los que ahí provienen, desempeñan un papel significativo; sin embargo, faltaba algo que diese a ese concepto lo que él expresa, y Moscovici propone una nueva teoría que procura renovar y confirmar la especificidad de la psicología social.

Farr (2008), por su parte, explica que Emilio Durkheim distinguió y separó a las representaciones colectivas de las individuales y dio más primacía a las primeras, ya

que éstas, por ser altamente subjetivas, heterogéneas y altamente cambiantes, no las consideraba como adecuadas para el trabajo del científico social. Sus contemporáneos consideraron a este sociólogo anti reduccionista, pues la sociología (estudios de las representaciones colectivas) no podría reducirse a la psicología (estudio de la representación individual).

Wudnt (citado por Farr, 2008), contemporáneo de Durkheim, refiere que a los fenómenos sociales los incluía como parte de la psicología; enfocaba su estudio básicamente al lenguaje; y pareciera ser, como una imbricación de lo que es social con lo individual. Durkheim, por su lado, afirma que las representaciones colectivas son productos mentales que produce la colectividad de la vida humana y, por lo tanto, no son explicables en términos de la conciencia individual; más bien la acción recíproca de muchos, por intermedio del lenguaje en ritos, mitos, etc.; los clasificaba dentro de la sociología al estudiar la religión.

De esta manera Durkheim, de acuerdo con Farr, definió a las representaciones como un conjunto de creencias y sentimientos comunes de los miembros de una sociedad que forman parte de un sistema social determinado con vida propia. Entonces se entiende que estas representaciones colectivas hacían referencia a las normas y valores de colectividades específicas, tales como la familia, el Estado y aun los hechos sociales inmateriales, por ejemplo los procesos educativos.

Farr aclara, si a Durkheim se le consideró anti reduccionista puesto que distinguió las representaciones colectivas de las individuales, dándole preponderancia a los hechos sociales, porque unos se explican a partir de otros, mientras que el individualismo es consecuencia del cambio social. A Moscovici también se le consideró anti reduccionista porque a las representaciones sociales las distinguió de las individuales, con la intención de asegurarse que su explicación de unas, no estaba en términos de las otras. Dentro del campo de la psicología social no se reduce a la psicología experimental, ya que es más amplio su enfoque a través del estudio de las representaciones sociales.

Con la ya citada publicación *El psicoanálisis su imagen y su público* (1961/79) de Moscovici, inaugura la era moderna de la psicología social; asimismo refiere que el término de representación colectiva está como perdido, estableciendo una nueva teoría del comportamiento humano (que por cierto presentó dificultades para ser aceptada por espacio de cuarenta años por psicólogos y sociólogos e incluso su obra fue publicada al idioma inglés años más tarde). Este autor cuenta que las nociones de representación social, cognición y otras tuvieron muchas dificultades y resistencias antes de ser aceptadas.

De igual manera, a Moscovici (2011, pp. 10-11) al principio le preocupó que su teoría tuviera resistencias, en especial cuando refiere que “las definiciones de su teoría no son del todo claras, no establecen relaciones simples entre sus proposiciones y, aunque ésta no anuncia hipótesis que pueden ser sometidas a verificación”. En su defensa afirmó que el papel de las RS le confiere racionalidad a la creencia colectiva e individual y su significación a las ideologías. Los saberes populares y sentido común los ve como sistemas coherentes de signos racionales, porque el individuo expresa su pensamiento en relaciones interpersonales o intersubjetivas mediante el lenguaje.

También Moscovici criticó la teoría de Durkheim, por tener el concepto de la representación a una tradición kantiana y estática; su uso es indistinto con más preferencia a lo colectivo, a lo cultural, a todo un sistema con sus diferencias, pero sin trabajar propiamente en ellas. Las representaciones colectivas y las individuales son comparables de acuerdo con Durkheim, a pesar de que no son iguales en importancia. Y al establecerse la interacción e interdependencia entre la estructura cultural y los aspectos mentales, se abre el debate para interpretar la realidad sobre las experiencias individuales cognitivas y las sociales colectivas.

En favor de estas últimas, las colectivas, Durkheim manifestó que el empleo del método psicológico no era adecuado del todo para explicar un hecho social en su totalidad; al igual que el tomar como referencia a un individuo aislado, no se daba razón de lo social, ya que las formas de pensar y actuar de manera similar se expresan

como representaciones de la sociedad en su conjunto, pues por pertenecer a un grupo adoptan expresiones sociales.

Podríamos interpretar en un principio que se da una paradoja, dado que Moscovici con los trabajos de Durkheim utiliza parte de sus conceptos y plantea cuestionamientos para este autor en la investigación del psicoanálisis de la población francesa. El término de representación social, en vez de colectivo, subyace como conocimiento y se constituye como eje central de una psicología social del conocimiento.

El concepto de representaciones es aparentemente fácil de captar, pero ante una encrucijada de conceptos tanto sociológicos como psicológicos, lo convierte en complejo para los que no estamos familiarizados con estas disciplinas. Así en su momento, Durkheim designó como funcionamiento colectivo lo que comprende la ciencia, el mito, la ideología, lo social; éstos son estables, impersonales y universales, forman parte del sistema cultural de la sociedad. Ellos cumplen con una función de control social en tanto que representan el deber ser y son un ligamento del grupo para mantenerlo integrado.

En cambio la percepción individual o intelectual, como estructura simbólica individual, orienta y regula la producción de sentidos y vínculos que establecen los individuos entre sí; en otras palabras, son cuestión aparte o se ven referidas particularizadas a lo que está presente en la colectividad. Aquí se destaca que la representación colectiva es independiente y externa a la conciencia de los individuos, aunque actúa sobre ellos, luego la representación individual es variable y efímera.

Piña (2007, p. 26) al nombrar a la educación, refiere que sociedad e individuos se encuentran conectados y que ahí es donde se establece un ejercicio social de generaciones. La educación, moldea, prepara, ya sea en la familia, el vecindario o la escuela, entonces la educación prepara a las personas para realizar las actividades normales en la sociedad. Las representaciones colectivas, son todo el pensamiento

colectivo incorporado a cada una de las personas. Por ello, Moscovici consideró que en la sociedad contemporánea es cualitativamente distinta porque requiere de un pensamiento organizado en la vida social, en cambio Durkheim no analizó esas distintas formas de pensamiento organizado.

Por lo enunciado anteriormente, surgió una interrogante: ¿En qué sentido se puede hablar acerca de la crítica hecha de Moscovici a Durkheim? Es que este último decía: “[...] la vida social es la condición de todo pensamiento organizado y, refiere Moscovici (1979, pp. 6, 18), que más bien: “el pensamiento organizado es la condición de la vida social” . Así que lo planteado por Durkheim no explica ni aborda la pluralidad de formas de organización del pensamiento, “aunque todas sean sociales, la noción de representación pierde su nitidez”.

Moscovici, a pesar de hacer a un lado la vertiente histórica, retorna a ella para reactualizar lo enunciado por Durkheim a fin de comprender y darle especificidad al concepto; lo enuncia como un término perdido según mencionó al inicio de este apartado. Explica que las representaciones sociales circulan, se cruzan y cristalizan en el universo cotidiano en las interrelaciones mediadas por la palabra, las cuales son casi tangibles; corresponden tanto a la sustancia simbólica que se elabora, como en la propia práctica y confluyen, por consiguiente, en la ciencia como práctica cotidiana y, en ocasiones, los mitos.

Para diferenciar los mitos de las representaciones sociales, este autor señala:

A veces a las representaciones se le considera de la misma manera que el mito, pero para el hombre moderno la percepción de las representaciones sociales es una de las vías para captar el mundo concreto, son curiosidades normales de nuestra sociedad, y para el mito en la sociedad primitiva constituye una ciencia total, filosofía única donde se refleja la práctica, se mezclan los prejuicios a menudo se trata de despreciar opiniones y actitudes a un grupo particular, una forma arcaica de pensar (Moscovici, 1979, p. 28).

Otro elemento de distinción, señalado arriba, de las posibles diferencias, es que Durkheim llamó representaciones colectivas para distinguirlas de la percepción individual (representación), ya que las opiniones que se tiene de ciencia, son cada vez más reducidas y diferenciadas en escalas de valor que otorgan los individuos y la sociedad. Por ello, Moscovici abandonó el concepto de representaciones colectivas luego de enfocarlo al pensamiento psicoanalítico que ha tenido su evolución, llegando, ahora, al interés de las relaciones interpersonales.

Según Moscovici, las RS proceden de observaciones de los individuos y en su análisis se apropian de nociones y lenguaje de lo que se imaginan sobre lo que les llega de la ciencia y la filosofía: “Hacen sus propias conclusiones, aunque permanecen al margen del núcleo teórico firme de cada ciencia; sin embargo es una forma de organización psicológica, una forma de conocimiento particular específica entremezcladas con otras muchas nociones psicológicas equivalentes” (Moscovici, 1979, pp. 29-31). En consecuencia, a través de sus opiniones con actitud, prejuicio e imagen de lo que se escucha o lee, les parecería ser semejantes con la realidad.

Se podría decir, de acuerdo con Moscovici, que la imagen es una organización más compleja, más coherente de juicios y valoraciones, y no sólo copia fiel del exterior que, al combinarse muchas imágenes en la experiencia (con la memoria de corto y largo plazo), se van construyendo imágenes análogas; se asocian o desequilibran terminando por modificarlas; o en su caso, brindan sentimientos de continuidad que se evocan en diferentes momentos buscando coherencia y, además, se filtran conforme sea la experiencia.

Se podría considerar de lo descrito anteriormente, que lo exterior al individuo (lo social) y su interior (representación) se encuentran vinculados y en conformidad con lo que señala Jovchelovitch (2011, p. 54): “Con la teoría de las RS se articulan tanto con la vida colectiva de una sociedad, como con los procesos de constitución simbólica, en los cuales los sujetos sociales luchan para dar sentido al mundo, entenderlo y, en él, encontrar su lugar a través de una identidad social”. Eso significa

dejar claro cómo las RS, en cuanto a fenómeno psicosocial, están necesariamente radicadas en el espacio público; en los procesos a través de los cuales el ser humano desenvuelve una identidad, crea símbolos y se abre para la diversidad del mundo de los otros.

Así en la interacción entre los individuos, las opiniones se adhieren y toman posición respecto de algo controvertido en la sociedad. Cada uno dice algo de lo que se piensa, a la vez que constituye una formación de actitudes y de estereotipias de ver las cosas (caso de enfoque tradicionales *versus* lo moderno, de practicar la clínica en el proceso de atención médica), pero sin referirse al contexto global. Es una reacción ante un objeto desde afuera, independiente del actor social. Resulta un lazo directo con el comportamiento de una acción futura; estas opiniones y actitudes son la preparación para la acción: lo que los sujetos dicen, predicen lo que van hacer.

En este sentido, al vincularlo con lo que Moscovici resaltó de la importancia de la relación entre los tres elementos de las RS (lo cultural, social e individual), encontramos también un nexo con lo que marca la clínica en su práctica; es decir, de lo que aparece como problema de salud en lo individual sin descuidar lo sociocultural. Al darle el calificativo de social a las representaciones, en vez de colectivo (en otro contexto de lo dicho en líneas anteriores), intenta comprender las rupturas ideológicas de los marxistas y los católicos, así como sus representaciones en la prensa de su tiempo.

Además con sus observaciones de la ruptura Estado-Iglesia, planteó que las representaciones son más sociales que colectivas. En conclusión, que lo cognitivo no puede estudiarse aislado de lo social, ya que la conciencia no sólo está en el individuo, sino también en el conjunto del lenguaje y costumbres u otros fenómenos como producto cultural.

En la entrevista de Marcová (2010, pp. 338, 39) a Moscovici, le pregunta que de dónde emergió el concepto de representación, su respuesta fue que al leer sus obras y dialogar con Piaget sobre trabajos de la escala de Gutman y su interés por la

cibernética, fijaron en su mente el concepto de representación. Pensó que sería conveniente estudiar el pensamiento común de los adultos, tal como él lo hacía con los niños; Piaget, a través de la entrevista focalizada, entrevista clínica y observación antropológica, estudió el pensamiento de los niños en relación con varias cuestiones, entre ellas los sueños.

Además, según Moscovici, “retomó para el concepto de representación los conceptos de Piaget de asimilación y acomodación como semejantes al anclaje y objetivación considerándolos como gemelos”. En esa epistemología genética se estudia las estructuras intelectuales, como representaciones mentales, en el sujeto y la forma verbal de los infantes (observa y estudia de cerca a sus hijos); asimismo, comprende los orígenes y evolución de las estructuras proponiendo los conceptos (cognitivo-genético).

Por otro lado, también asoció, su génesis con Vigotsky, lo relacionado con la interacción social, en que también postula la noción de sociedad que piensa, ya que el conocimiento es constituido por la sociedad y cómo la construye. Cabe señalar que Moscovici marca una diferencia clara con el construccionismo social, en virtud de que ésta es una metateoría y la RS es una teoría concebida para responder a preguntas específicas sobre las relaciones comunitarias y sociales a fin de descubrir fenómenos nuevos; se ocupa, de igual manera, del pensamiento del sentido común, del lenguaje y la comunicación.

De esta forma Moscovici da importancia a lo sociocultural dentro de las representaciones. Señaló a los medios masivos de comunicación a través de su análisis de contenido y cobertura sociocultural. Igualmente confirió significación a los medios de comunicación. Su contenido e información que son tomados en serio como objeto de estudio, dado que ésta circula constantemente en la sociedad y llega, por momentos, a formar parte de la vida cotidiana con sentido común y lenguaje compartido, no como meras opiniones; esto es un modo de darle relación con la sociología del conocimiento.

Además, Moscovici (2010, p. 328) acuñó el término de polifasia cognitiva, como enunciación hipotética, ya que del mismo modo que el lenguaje es polisémico, así también el conocimiento es polifásico. Eso significa que las personas son capaces de usar diferentes modos de pensamiento y representaciones, según el grupo específico al que pertenecen y al contexto en que están en un momento dado.

Al mencionar a Sigmund Freud, Moscovici refiere que le interesó el trauma como conflicto en el desarrollo psicosexual, y la elaboración de representaciones simbólicas arraigadas colectivamente a través de la interiorización. Otra influencia importante para él, como una aportación en la construcción de su teoría, fue Bartlett de los años veinte, con el concepto de memoria cuando se narra cuentos, dándole importancia al contexto social, comunicación inteligible y amplia significación, los cambios se van sucediendo a medida que se cuentan las historias.

A partir de las lecturas de los citados autores y su estudio específico de la psicología social, en su carácter social y no tanto psicológico, las RS no sólo forman parte de la cognición sino también de la cultura. Por ello su investigación sirvió para comprender el impacto de la ciencia en la cultura cotidiana, además de su naturaleza intrínseca social de la representación, que sirvió para asegurar el carácter sociológico de la psicología social, que Moscovici lo convirtió como en su defensor.

En relación con el psicoanálisis de Moscovici, según Farr (2008), es una contribución a la sociología del conocimiento, pues mantuvo un interés por estudiar las representaciones legadas por la ciencia (un universo de discurso de la ciencia) dentro de otro universo de discurso de las conversaciones cotidianas; de esa manera nos permiten comprender la comprensión que tiene el público de la ciencia. Esa respuesta tenía un antecedente histórico que declaró Moscovici (2008) durante su experiencia en la guerra, en la que se llegó a preguntarse el impacto de la ciencia en la cultura cotidiana, así como pensar la forma en que se lograba cambiar la mente y el comportamiento de las personas y, precisamente, formar parte de sus creencias.

La ciencia tiene transformaciones que la convierten en parte de la vida cotidiana; entonces la sociología se interesó en estudiar esas transformaciones, dándole connotaciones de necesidades y prácticas de convivencia como contrapartida de la ciencia científica. En ésta los actores, sin saberlo, contribuyen a la construcción de las representaciones sociales, pero como la sociedad está diversificada y no es homogénea en sus sistemas sociopolíticos y filosóficos, los sistemas de control no están asegurados.

Cuando Marková le formula la siguiente pregunta a Moscovici: ¿Cómo se logra cambiar el comportamiento, la mente de las personas e incluso formar parte de sus creencias?, éste respondió:

Es a través del psicoanálisis que enfoca su mirada en lo que piensan los franceses en esa época"; [...]. Cuando nos interesamos en cuestiones simbólicas y, en general cuando hombres y mujeres se interesan en esas cosas fabricadas, lo que aparece en primer plano es una representación (Markcová, 2003, pp. 120-121).

Frente a esas interrogantes u otros problemas que tienen las ciencias, sus pares mencionaban que con la difusión de la ciencia (conocimiento científico) se vulgariza al deformar ese conocimiento, por lo que la gente no es capaz de asimilarla. Sin embargo, Moscovici reacciona ante esa postura e intenta rehabilitar el conocimiento común enraizado en la lengua y en la vida diaria.

Entonces surge otra interrogante de Moscovici (1979), con otras palabras: ¿Cómo se transforma el conocimiento científico en conocimiento espontáneo o común?; al respecto agregó que al difundirse la ciencia se enriquece y transforman las ideas de los sujetos, ya que de los conocimientos comunes no sólo es del modo de pensar tradicional sino que éste proviene de la ciencia, así que estos conceptos de ciencia e ideología pasan a formar parte de sentido común de las gentes.

Al tiempo que pensamos que, por las condiciones contextuales de tener a su maestro Lagache (que por cierto en la Décima Reunión Internacional de Representaciones

Sociales, celebrada en Túnez, el 8 de Julio de 2010, le rinde un cálido homenaje como una forma de agradecerle lo mucho que influyó en su formación), decidió estudiar a fondo el psicoanálisis dedicando, para ello, su atención a la comunicación en el contexto de la prensa comunista. Posteriormente al llegar a la noción de representación, comenzó el proyecto de rehabilitar el sentido común y el conocimiento común a través de la organización simbólica del conocimiento y lenguaje.

De manera sencilla el autor explica que la conformación de las RS se inician como observaciones acumuladas que hacen ciertos expertos quienes organizan la información (científicos, políticos, eruditos o periodistas) que comunican continuamente con diferentes discursos (incluso difíciles de captar), debido a que se encuentran alejados de los propios intereses de quienes las elaboraron.

No obstante, los discursos antes referidos, llegan a reproducirse en el contorno inmediato de las personas mediante acontecimientos comunes accesibles a la vida cotidiana. Son próximos, porque conciernen y dirigen la mirada a lo que es de interés, elaborando preguntas (veraces o de asombro) para subsumirlas; pero se alejan a la vez, por lo que resulta difícil reproducir el contenido y, también, casi imposible de comprender su lenguaje (se habla de manera común sin saber bien lo que se dice).

En este sentido, lo que se dice no es accesible a los sentidos, un ejemplo común y actual es lo relacionado con el concepto de átomo. Todo el mundo habla de él, circulan discursos en diferentes niveles socioeconómicos; aun cuando justifican sus razonamientos y afirman su existencia, carecen de criterios técnico-científicos para confirmar su existencia material. Así que, las representaciones sociales e individuales hacen que el mundo sea lo que pensamos que es o que debe ser, como se expuso líneas arriba. A cada instante una idea nueva se agrega y otra presente se modifica.

En este juego dialéctico, si lo ausente choca y se reelabora en el pensamiento, es debido a lo extraño y no tanto a la naturaleza del objeto; además se halla fuera del

ámbito habitual en que se convive, esto es causa de tensión o sorpresa por los conceptos empleados y atribuidos al objeto. Luego, Moscovici considera que debe tomarse en serio el estudio de las representaciones, puesto que éste es base del conocimiento científico, al pretender conocer la realidad social a través de la experiencia y observación física. El camino que va del sentido común a la ciencia es racional, ya que hay correspondencia entre la observación, la sensorio-percepción y la realidad, entonces se habla de racionalidad en la acción.

González (2006, p. 63) en relación con la génesis de las RS, refiere que el mismo Moscovici alude a múltiples intelectuales, aparte de los mencionados, que influyeron en la construcción de su perspectiva teórica, tales como Carlos Marx, al señalar que las personas conocen a la sociedad porque la han creado. O Heider con la psicología ingenua, quien describió el concepto de vida cotidiana y sentido común, para explicar el sistema complejo de conocimiento que utilizan las personas en la vida diaria (Moscovici, 1997, pp. 6-7).

Para otros autores se intentó comprender posibles nexos, además de encontrar convergencias entre la teoría de Moscovici y la sociología del conocimiento de Berger y Luckman; o también, al estudiar la fenomenología sociológica de Alfred Schüts, se pensó que pudo haber retomado lo que este autor le dio su lugar al sentido común, a la themata y al anonimato. Por su parte, Perera explica (2005, p. 34) que “las conductas propias y de los otros, la gente tiene conocimiento de su entorno y de sucesos que le rodea” (este conocimiento cotidiano se logra con percepción y otros procesos mentales de integración); es decir, llegan al individuo, que las interpreta y es capaz de descifrarlas asignándole significado.

Por lo descrito, resultó claro lo que Moscovici (1979, p. 82) indicó que “los conceptos se van trasformando y modificando en el proceso histórico de la interacción social y, por lo tanto, existe un desplazamiento histórico entre teoría y representación que no se puede explicar debido a la ignorancia del público; además de que la imagen del psicoanálisis se cristaliza alrededor de otras nociones”. Entonces, como ejemplo en

psicología, los conceptos de represión, complejo, consciente e inconsciente permanecen en los individuos y grupos sociales que luego no pueden rechazarse; esto mismo ha sucedido con el concepto de práctica clínica aun cuando pudiera ser transformado para otras disciplinas, todavía permanece.

Es así que para los conceptos de práctica clínica médica se ha mantenido por mucho tiempo, y lo que varía es su expresión de lo que caracteriza: hinchazón por edema, fatiga o sofocación por disnea, estiramiento por distensión muscular. El carácter concreto de los elementos psíquicos se traduce en situaciones habituales, a partir de su origen científico que se encadena socialmente; se procesan multitud de teorías que son operativas en el sentido común donde la formación de imagen goza de funcionalidad del signo y prestigio de la ciencia

Con los estudios de Moscovici se contribuyó a asegurar sobre todo el carácter social y no tanto el psicológico de la psicología social; también favoreció indirectamente a la forma sociológica de la psicología. En sí, es una contribución social al conocimiento, ya que con el discurso de la ciencia y el de las conversaciones cotidianas permitieron comprender lo que la gente tiene de la ciencia. Para Farr (2011) sobresale la importancia que tiene el estudio de las RS, pues involucra las dos formas contrastantes del conocimiento que tiene la misma sociedad: la ciencia y su representación de ciencia vulgar, es un género particular de estudio del sentido común dentro de la sociología del conocimiento.

De acuerdo con la génesis, para Marková (2003) al hablar de sentido común en la fenomenología y en las representaciones sociales, hay semejanzas y diferencias a la vez: la primera su centro de atención está en la acción en donde se dan perspectivas de reciprocidad, las personas al interactuar se comprenden y se enfatiza la cooperación en la intersubjetividad. En cambio las RS se interesan por la difusión del conocimiento científico al conocimiento del sentido común; su interés está mayormente centrado en el contenido, que en los fenómenos de interacción, dando

importancia también a la relación entre lo típico (convencional y la innovación), en que hay choque de las ideas al irse formando nuevas representaciones sociales.

Otra posible distinción radica en que en la fenomenología se comienza con la observación y el conocimiento sensorial, mientras que la teoría de RS inicia con la comunicación, conversación y negociación de significados; aunque en ambas se da la comunicación y el lenguaje, en las RS significa, en sí, el estudio del lenguaje y la comunicación. Las diferencias son de tipo epistemológico no así de carácter ontológico.

Por su lado, Moscovici (1979) explicó, en este hilo de continuidad de la génesis de las RS, dos procesos a través de los cuales se generan las RS cuando se estudia detenidamente cómo penetra la ciencia (el psicoanálisis) en la sociedad. Presupone que hay dos procesos que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social. Con ello se refiere a la elaboración y funcionamiento de ésta, en donde existe la interdependencia entre actividad psicológica y sus condiciones sociales.

Al primer proceso lo definió como anclaje, que “designa la inserción de una ciencia en la jerarquía de valores y entre las operaciones realizadas por la sociedad”. Aquí, supone un proceso de categorización a través del cual clasificamos y damos un nombre a las cosas y personas. “Se podría decir que el anclaje transforma la ciencia en marco de referencia y en red de significados” (Moscovici, 1979, pp. 121-123).

En un sentido llano, este proceso permite transformar lo desconocido en un sistema de categorías que nos es propio; es decir, el anclaje corresponde a un proceso mediante el cual la nueva información se integra en sistemas de pensamiento preexistentes (por ejemplo, las categorías y clases de objetos conocidos); entonces, es un proceso de familiarización de lo extraño, lo insólito. A la incorporación de nueva información, en un marco de referencia habitual se le da un significado especial, esto es, con el anclaje transforma la ciencia en un saber útil para todos.

El segundo proceso llamado objetivación, consiste en “transformar entidades abstractas en algo concreto y material, así como los productos del pensamiento en realidades físicas, los conceptos en imágenes. Los elementos representados de una ciencia se integran en una realidad social”. Esta objetivación corresponde a una operación de levantamiento de esquemas y descontextualización, donde se selecciona la información, separada de su contexto social original, y se reelabora de acuerdo con los criterios culturales y normas para formar una figura central de la representación.

Dicha figura transforma el objeto de resumen en objeto concreto en su totalidad, dándole propiedades de una imagen concreta y de significado. Por cierto, se tiene éxito después de la naturalización que le da el núcleo figurativo de la realidad a los ojos de las personas. Para comprender este proceso pone como muestra al complejo de la timidez:

La percepción engendrada por el concepto se distingue de la percepción que al comienzo ha sobreentendido el concepto (hay síntomas perceptibles sensorialmente). Voz baja, rubor, temblor al hablar, duda, precaución, etc., que podrían tener una génesis en la infancia o experiencias no agradables de una represión. Entonces representarse algo no es reproducirlo, es cambiarle el texto, reconstituirlo. La percepción es la presencia del objeto y, su espíritu conceptual su ausencia (Moscovici, 1979, p. 5).

Refiere también dicho autor, que en la representación hay huella conceptual y en su aparición una ausencia del objeto o entidad concreta que ciertamente no es una ausencia total; esta desaparición y las instancias de la entidad perceptiva recuperan el objeto que se hace tangible. A partir del concepto se reorganiza, relaciona y filtra lo que va ser retomado al campo sensorial; en tanto de la percepción registra desde lo inorgánico, lo discontinuo de lo que se toma y reenvía, hasta lo real.

Por lo que se deja entrever que la representación del objeto es una representación diferente del objeto. En este proceso se permite una operación formadora de imagen y de una estructura conceptual, en donde se intercambia percepción y concepto a través de la representación. Por su parte, Jodelet (1984) menciona que la representación social se caracteriza por estar siempre referida a un objeto, a una persona o

acontecimiento; asume a la imagen como forma de representación con carácter simbólico significativo, y creativo por cuanto la representación no es la reproducción de un objeto ausente, sino la construcción en la que el sujeto aporta su creatividad; por ello hay una actividad cognitiva del sujeto.

La construcción se hace de acuerdo con las particularidades del contexto donde se encuentra el sujeto e involucra valores, creencias e ideologías. Así enfatiza Jodelet, la representación hace que la figura corresponda a un sentido y a todo sentido corresponda a una figura. En nuestro caso, el estudiante con una acción de la práctica clínica frente a pacientes donde actúa, mediante su RS de su función, le permite realizar procedimientos específicos, previamente definidos, en busca de ciertos objetivos que se han de alcanzar.

Por consiguiente surge la pregunta: ¿Todo esto significará algo en nuestro campo médico? Se cree que sí, ya que la objetivación es la forma en que se presentan los elementos de la ciencia articulada con lo social; y el anclaje hace visible la manera en que contribuyen a reproducir las relaciones sociales como se expresan en la que se da entre médico-paciente en la práctica clínica. Aquí se descubre una primera forma de representación social: la elaboración del estudiantado desde la inducción social, de una concepción de tarea que no considera la realidad de su estructura funcional.

En esta intervención de lo social, se traduce en una forma de conocimientos relativos al objeto de la representación de la práctica clínica, articulándose con una característica del pensamiento social; la propiedad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra. De esta forma, la objetivación descrita anteriormente, es una formadora de imagen estructurante, que permite a la RS intercambiar la percepción y el concepto.

Al poner imágenes, las nociones abstractas presentan una textura material de las ideas, (existe ictericia porque hay obstrucción de vías biliares, o se está dando hemólisis), que hace corresponder cosas con palabras; da cuerpo a esquemas

conceptuales y al flujo de comunicación en que se hallan los sujetos con una profusa conjunción de nociones e ideas que se polarizan en estructuras materiales. Objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos.

En este hilo de continuidad de imagen Nuño (2006), al referirse a Moscovici, la designa como una organización más compleja y coherente que las actitudes o los juicios de valor. Él las concibió como un reflejo interno de una realidad externa, pero sin ser copias pasivas de la realidad, sino en actividad continua. Nuno, propuso que las imágenes son construcciones análogas a las experiencias visuales: una especie de sensaciones mentales, impresiones de los objetos y de las personas que se mantienen vivas porque ocupan espacios en la memoria y refuerzan el sentimiento de continuidad del entorno y de las experiencias individuales en la práctica.

Respecto a la imagen Jodelet (1984) también enfatiza que las representaciones sociales se presentan con imágenes (formas más o menos complejas), que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede e, incluso, dar sentido a lo inesperado. Categorías que sirven para clasificar los fenómenos, las circunstancias y los individuos con quienes tenemos que ver; y teorías que establecen hechos sobre ellos.

A menudo cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones son todo un conjunto de ello Jodelet (1984). Entonces, señala la autora, la palabra representación social es importada del conocimiento científico erudito, e insertada en el lenguaje cotidiano hasta convertirse en categoría de sentido común. Es instrumento para comprender al otro, para saber cómo conducirnos frente a él y, aun, para asignarle un lugar dentro de la sociedad.

Esta autora, Jodelet, también afirma en sentido contrario, al señalar que del concepto de representación se pasa a la teoría de las representaciones sociales; aun cuando con el tiempo se fueron precisando y se desarrollaron conocimientos en áreas específicas y se esbozaron ópticas diferentes, ésta son:

1.- La que se limita a lo cognitivo, del cual el sujeto construye su representación con dos dimensiones: a) contexto con interacciones, apareciendo como cognición social; b) dimensión de pertenencia, en que un sujeto social interviene en mundo social con la elaboración de ideas, valores de su grupo al cual pertenece en una sociedad determinada. Aquí entran la mayoría de estudios experimentales de las RS vinculadas con la conducta.

2.- Existencia de significantes de la actividad representativa, en que el sujeto social expresa su representación con un sentido dado por la experiencia en su mundo social. Hay todo un sistema de codificación e interpretación, mediante una proyección de valores y aspiraciones sociales con coacciones al individuo. Y éste, ante carencias, apela a imaginarios, con lo que las RS permiten trascender algunas contradicciones.

3.- La óptica de los discursos, que son dados como práctica dentro de la sociedad, rescata la importancia de pertenencia y su habla se expresa con una finalidad. Entonces, el sujeto tiene una posición social y sus RS se vinculan con las normas institucionales, acordes a su posición o ideología que asume.

4.- La de las interrelaciones en que se determinan las dinámicas de las representaciones, consigo mismo, con el grupo o frente a otros grupos; la actividad anticipa, regula y justifica las relaciones sociales establecidas.

5.- La sociológica, el sujeto es portador de determinaciones sociales, reproduce esquemas establecidos y visiones estructurales en la ideología dominante. Con estas diferentes ópticas se entrecruzan, coinciden y amplían los comentarios y metodologías, por lo que Jodelet cita a más de una veintena de autores que han enriquecido el campo de las RS.

Con estas ópticas de la teoría de las representaciones, las podríamos vincular con la práctica clínica, ya que hay una cognición social en las interacciones

(intersubjetividad) de la práctica clínica. Existe el valor de pertenencia al gremio médico para resolver problemas en el campo de la salud; también se encuentran códigos, aspiraciones y valores que en un principio los estudiantes pueden sentirse coaccionados por su entorno formal de la medicina, aunque con el tiempo logran superar con su imaginario y tomas de posición respecto al futuro de ser buenos médicos clínicos, así como en su decisión razonada de respetar las normas institucionales en su vida profesional.

3. Características y dimensiones de las representaciones sociales

La representación social guarda una unidad estructural funcional con sus componentes que la integran: opiniones, imágenes, valores, informaciones y conocimientos. Estos componentes mantienen una estrecha relación con las propias RS. Pero en sí mismas, las trasciende como una formación compleja, con lo cual Moscovici (1979) asignó especial importancia clasificándolas como dimensiones distintas e interrelacionadas: los contenidos de la información son organizados jerárquicamente, y en la actitud y campo en donde se representan hay una representación de alguien hacia algo imaginado estructurado.

Jodelet citada por Olivares Yenis (2007, pp. 67, 68) da una explicación de las dimensiones de las RS, al señalar: “Las representaciones sociales se caracterizan por estar siempre referidas a un objeto, persona o acontecimiento: asumen la imagen como forma de representación con carácter simbólico, significativo y creativo”. Entonces las tres dimensiones completan la estructura de la representación en términos de contenido y sentido; la noción de dimensión obliga a estimar que existe un campo de representación, una imagen allí donde hay una unidad jerarquizada de elementos.

La información y sus contenidos se refieren a los conocimientos sobre objeto de la representación, la cantidad y calidad está en función de varios factores: la pertenencia grupal y sus roles que se ejercen en la inserción social, en nuestro caso la inserción en

los hospitales. El acceso a la información siempre es mediatizada por ambas variables; también está la cercanía o lejanía de los grupos respecto al objeto de representación, así como las prácticas que se ejerzan acerca de ese objeto (la práctica clínica en diversos servicios clínicos).

Moscovici (1979) considera a los contenidos como el cúmulo de conocimientos con que un individuo o grupo cuenta acerca de un fenómeno social, conocimientos que muestran las particularidades de cantidad y calidad. Su carácter estereotipado de difusión se relaciona con la organización de los conocimientos que posee el individuo o grupo respecto al objeto social. Esta dimensión de análisis permite investigar qué tan informados se encuentran los sujetos sobre un objeto o fenómeno determinado.

Para nuestro caso, la información del estudiantado la obtiene por medio de diferentes fuentes, tales como revistas médicas, textos, prensa, libros de divulgación científica, cursos de actualización, fuentes institucionales en las que están adscritos y, aun, en la comunicación cotidiana entre estudiantes y con sus docentes, a partir de los cuales se adquieren conocimientos sobre diferentes situaciones de la realidad de la práctica clínica. Por la cantidad de conocimientos que se manejan es posible saber si los sujetos están bien o mal preparados o informados.

Para Mora (2002) la información es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un conocimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social; conocimiento que muestra particularidades en cuanto a cantidad y calidad, de carácter difundido o estereotipado, sin soporte explícito; trivialidad y originalidad en su caso.

En torno a la actitud, aparte de lo mencionado, Moscovici (1979, p. 35) manifiesta que “es el elemento afectivo de la representación que expresa la orientación evaluativa en relación con el objeto; esto por ser dinámico, ya que orienta el comportamiento con reacciones de diversa intensidad”. Al establecer ciertas diferencias añade: “La actitud,

como tal, es una reacción con disposición interna ante un estímulo ya constituido presente en la realidad social en la que los individuos responden específicamente”.

La actitud termina por focalizar la orientación global favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación; esta dimensión ha resultado más estudiada por su implicación al comportamiento y motivación. Como se comentó, en el apartado de la definición y la génesis de las representaciones, se dio nota del concepto de las actitudes, tanto por su tradición histórica como su reformulación específica en las representaciones sociales.

Por último, en el campo de la representación los contenidos se encuentran ordenados de cierta manera en una estructura funcional determinada. Hay un núcleo o esquema figurativo que constituye la parte estable y sólida de la representación y que está, compuesto de cogniciones que dotan de significación a los sujetos y dan cierta experiencia vivida con el objeto representado. Esta dimensión la construye el individuo a partir de lo que recibe de información y de las actitudes mostradas ante el objeto representado. Abric (2004) pronunció su teoría del núcleo central al detallar la conformación de las representaciones sociales en donde se visualiza estructuralmente el campo de la representación.

Moscovici (1979, p. 46) da a conocer que en las RS existe un campo de representación, una imagen, la cual puede tener una unidad jerarquizada de los elementos que la integran, que varían según los juicios y aserciones de las personas que conforman a un grupo y representan un objeto determinado. Y las distingue de las opiniones, ya que éstas pueden recubrir el conjunto representado, aun cuando no quiere decir que esté debidamente ordenado y estructurado

Para esta dimensión del campo de representación, Jodelet (1984) hace referencia a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la misma representación; también integra las diferentes informaciones recibidas por los grupos sociales; le otorga un nuevo nivel de organización en relación con sus fuentes

inmediatas, y constituye el conjunto de actitudes, opiniones e imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en ella.

El campo de representación remite a la organización del contenido que los individuos realizan al dar cierto orden de importancia, que varía de grupo a grupo, según lo representan en sus mentes. No necesariamente tiene una secuencia lógica, pero ejerce una función organizadora para el conjunto, donde se confiere un peso y significado a todos los elementos presentes en el campo de la representación.

Aunque el campo de representación constituye la dimensión interesante, también es la más difícil de captar, por lo que Banchs (1986, p. 29) reflexiona sobre que “es importante tener claridad en el estudio de las representaciones sociales, ya que las tres dimensiones se refieren a su análisis de contenido, y al mismo tiempo permiten dar cuenta de una subjetividad que debe ser vista en función de la totalidad del discurso y no de un párrafo o una frase”.

El campo de representación para Olivares Y. (2007) remite a la idea de imagen de modelo social al contenido concreto y limitado de las preposiciones acerca de un aspecto preciso del objeto de la representación. Es decir, al tipo de organización interna que adquieren los elementos cuando quedan integrados, y esto no lleva a la idea de esquema figurativa que constituye la parte más sólida y estable de la representación, lo cual ayuda a las personas a tengan una visión concreta del objeto.

En este sentido, también Mora (2002), apunta que el campo de la representación expresa la organización del contenido de manera jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior de un grupo. Esto permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas en un campo que integra informaciones, en un nuevo nivel de organización en relación con las fuentes inmediatas.

Por lo anterior, se asume que en los estudios de representaciones sociales se busca identificar el contexto social en el cual se insertan los individuos que las elaboran; asimismo se intenta detectar las ideologías, normas y valores de las personas e instituciones, tratando de entender en qué medida sus contenidos reflejan los substratos culturales de una sociedad, además de la posición tomada dentro de la estructura social en un momento histórico, por lo que es importante considerar a estas tres dimensiones.

En cuanto al objeto de la representación de la práctica clínica de nuestros estudiantes de medicina en formación, existen y se apropian de contenidos de la disciplina médica; se concretan en la práctica clínica en un contexto institucional con la guía del docente experto y apoyo del personal que integra el equipo de salud. Aquí se asumen actitudes en cada uno de los actores, organizándose en campo de representación (el ambiente clínico y la significación), que le dan a la práctica clínica, su debida identidad social con un fin último: prestar un servicio de salud,

4. Ciencia, teoría o experiencia de la representación social

La psicología clásica dio importancia a los fenómenos de la representación al considerarlos como mediadores entre concepto y percepción: uno como intelectual y otro como sensorial. Entonces a las representaciones se les considera como una tercer instancia de propiedades mixtas que se pasa de lo sensoriomotriz a la esfera cognoscitiva de la distancia del objeto percibido a la toma de conciencia de las diferentes formas y dimensiones (en esa toma se empleó el término de representación para describir el objeto en imagen). Para Moscovici (1979) la representación no es una instancia intermedia sino más bien un proceso que hace que el concepto y la percepción sean intercambiables y se engendren recíprocamente.

Así, el objeto del concepto puede tomarse por objeto de la percepción, y el contenido del concepto conlleva lo que es percibido; como ejemplo, al percibir que una persona tiene conductas que manifiestan miedo, se puede catalogar que tiene el complejo de

timidez. Esta descripción de interrelación de percepción, objeto y conducta se puntualizó al describir el proceso de objetivación

Moscovici en su diálogo con Marcová, (2011) refiere que la teoría de las representaciones sociales puede ser vista desde dos perspectivas: como una teoría concebida para responder las cuestiones específicas, con respecto a creencias, vínculos sociales y descubrir nuevos fenómenos, y como la base de una psicología social del conocimiento, que está interesada en el pensamiento del sentido común, lenguaje y comunicación.

Con las anteriores afirmaciones de los distintos autores consultados, se puede decir que la teoría de las representaciones sociales recupera la especificidad del conocimiento del sentido común, que aunado al decir de Jodelet (1989, p. 43) “las representaciones son como una forma de saber práctico que vincula el sujeto con el objeto y emergen de las experiencias de interacción y de intercambio comunicativo en las instituciones”, como en nuestro caso las instituciones de salud.

Las prácticas sociales son condición de las representaciones sociales; mientras que la práctica clínica se da en un ambiente social de salud-enfermedad. Donde los estudiantes ante la exigencia de asumir nuevas situaciones, actividades y responsabilidades de su formación, conllevan a la elaboración de representaciones que se utilizan para actuar sobre el paciente y ajustar su comportamiento en los servicios clínicos.

Por otro lado, sobre el psicoanálisis, Moscovici afirma que se le ha negado el título de ciencia dado que sus teorías no son demostrables, su método no es experimental ni toma formas cuantitativas, puesto que en su objeto están presentes ideas, abstracciones difíciles de demostrar. Freud con su teoría logró una integración, jerarquía y relaciones entre sus conceptos; justificó ampliamente el sitio que hoy ocupa (aun cuando varios psicólogos de su época y algunos del presente siguen cuestionando la validez del psicoanálisis y lo desatienden o hacen cambios a su

doctrina; en cambio otros lo aplican en su práctica cotidiana, preferentemente los psiquiatras).

Para el caso concreto de las RS y su objeto de estudio del psicoanálisis, Moscovici y sus seguidores han captado bien la generalidad del fenómeno al comprender su papel en la comunicación, su génesis y comportamientos sociales. En tal caso, la preocupación primordial de este autor, fue redefinir los problemas y conceptos de la psicología social a partir de ese fenómeno de la representación, es decir, cómo se representa alguien acerca de algo llamado psicoanálisis, ya que la ciencia penetra en la realidad social, y la ciencia de lo real se convierte así en ciencia lo real y cobra casi una dimensión física.

Es por ello que para este campo, aclara Moscovici:

La RS es tema de la psicología social, las ideas entran en las conductas, pensamientos; en sí, en la vida cotidiana, el sentido común se asocia a la ciencia y, el individuo está interesado ya sea porque lo motivó un científico con sus conceptos que afectan sus hábitos o medios, o les resulta necesario estar al corriente por si se necesita recurrir a ellos (a los conceptos científicos pero sin saber exactamente su génesis), para formar una concepción concreta de los procesos materiales, psíquicos y culturales con el fin de comunicar, comprender y actuar. Por lo tanto hay una socialización de una disciplina y no una vulgarización de alguna de sus partes o de distorsión de la ciencia (Moscovici, 1979, p. 18).

En este caso, al decidirse por el estudio del psicoanálisis le sirvió como modelo de organización de las realidades que le corresponde; tiene una huella de estructura científica inserta en el ámbito cultural, y sobrepasa el círculo restringido de la ciencia o la filosofía. Este concepto, y de lo que de él se dice, penetra en la sociedad y da origen al sentido común como representación social.

Moscovici (1979), al referirse a la noción de representación social, aseguraba que hay que observarla más de cerca, ya que está compuesta de figuras y expresiones socializadas. Es una organización de imágenes y de lenguaje, porque recorta y simboliza los actos, como las situaciones que son o se convierten en comunes de manera activa.

Da forma (construcción) de lo que proviene del exterior en interacciones sociales en un contexto de valores, reglas con lo cual el individuo se solidariza; hay una actividad mental continua que se esfuerza por captarlo y con su lenguaje se lo acerca, y hace asociaciones proyectándolo simbólicamente.

Por nuestra parte se entiende, que las RS comunican, expresan, muestran y determinan comportamientos, ya que define el estímulo que le rodea y otorga un significado al dar la respuesta correspondiente. Por lo tanto, en las RS se tiene un sistema con lógica y lenguaje particular. Moscovici (1979) sostuvo también que tiene una estructura de implicaciones que se refieren tanto a valores como a conceptos; un estilo de discurso que le es propio, no es imagen de opinión, sino una teoría de las ciencias colectivas *sui generis*, destinadas a interpretar y construir lo real. Entonces cuando se elabora una RS por parte de los estudiantes, ésta, al atender a un paciente, va más allá de lo inmediatamente dado por la ciencia, de la clasificación sistemática de los hechos y acontecimientos en los servicios de salud.,

Con el estudio de Moscovici sobre el psicoanálisis, se distingue un corpus de temas, de principios que tiene unidad y se aplica a zonas de existencia y actividad particular, tales como en la medicina que está sometida a una zona de transformación, de evolución para convertirse en un conocimiento que se emplea en la vida cotidiana con una carga de significados; los conceptos se concretan, se objetivan y determinan el campo de comunicación posible de valores, ideas con visiones compartidas.

El grupo médico regula conocimiento, valores y actitudes, para hacerlas conductas deseables. Moscovici (1979) también lo especifica en las representaciones, dado su especificidad y creatividad social, difieren de las nociones sociológicas y psicológicas con las que se les compara. Con los elementos enunciados hasta ahora, se podría decir que la práctica clínica es una práctica teórica fundamentada en ciencias teóricas que se enlazan con la salud.

Ante un posible dilema presentado (la clínica es: ciencia, teoría o práctica) recurrimos nuevamente con otro símil respecto a lo mencionado por Moscovici (1979, pp. 29, 78): ¿De qué modo una teoría se transforma en representación social que permea la vida cotidiana? El autor lo explica con varios ejemplos: el movimiento de los planetas y su acción en el sistema; la caída de los cuerpos en la gravitación, éstos en principio se conocieron en forma aislada antes de la síntesis teórica de las leyes de Newton. Es a partir del conjunto de leyes de la teoría que ofrece elementos suficientes para sustentarla como tal, y al permear a la sociedad, se da crédito suficiente de validez.

Para el ámbito clínico este autor, Moscovici, citó dos ejemplos: En la práctica clínica se acepta la validez de un procedimiento o la convalidación de un determinado signo, estudiado y aprobado tanto por fisiólogos y anatomistas como por cirujanos; posteriormente se llega al diagnóstico con probabilidad de apendicitis, cuando es positivo la maniobra de Mac Burney. Y con una analogía con el psicoanálisis de Freud —al relacionar la libido y el inconsciente, o la neurosis con su sintomatología, la relación de padres a hijos, el simbolismo de los sueños y todo esto—, fue considerado como una atribución del funcionamiento psíquico, que se sigue empleando en la clínica psicológica y psiquiátrica.

Podríamos imaginarnos hipotéticamente cómo preguntaría Moscovici en un símil al público francés de su época: ¿Qué es, para usted, la práctica clínica? De seguro no sería posible la filtración de la teoría clínica como tal, análogamente a lo que indicó en su momento como sucedía con el psicoanálisis al delimitarlo con el carácter del individuo, de su alma o su personalidad en donde se dan un lenguaje común y una organización vaga de la esencia. Expresarían lo que escucharon o leyeron o incluso describirían su experiencia como enfermos. No se distingue el concepto rigurosamente delimitado de estructura de la ciencia médica o de personalidad del psicoanálisis, es sólo por una distinción socialmente convencional.

Por lo mismo, es preciso decir que usar el término de práctica clínica médica se hace por convención social que se apoya de la ciencia médica (cada signo o síntoma es un

referente físico-bioquímico, histológico del cuerpo humano). Sin embargo se requiere de una interpretación y, asimismo, ubicarlo en un cuadro nosológico apropiado en que ha de actuar en la práctica para valorar si hay la normalidad y de ser posible, restablecerla.

No obstante, la práctica clínica es vista para algunos como técnica y arte que carece de principios que fundamentan la teoría de las ciencias duras. Esto debido a que en la clínica se entretajan conceptos y elementos objetivos, medidos como subjetivos, que requieren de interpretación para encontrar explicación del hecho biopsicosocial en la relación médico-paciente. En esa relación de elementos en que el paciente expresa o el médico logra detectar combinando ese conjunto de signos y síntomas aislados, para encontrar, en el campo de la medicina, significado a determinados constructos sociales, como síndromes o padecimientos.

Algo parecido explicó Moscovici (1979, p. 78) sobre el psicoanálisis, - al descubrir que hay más allá de las apariencias, hay un signo del restablecimiento de la subjetividad, y como práctica de denudar la personalidad auténtica; ello permite delimitar mejor el papel que el inconsciente y el consciente desempeñan como drama personal de la organización psíquica. Agrega dicho autor: "La designación del psicoanálisis, como ciencia del inconsciente y de sus relaciones con la conciencia, refleja, a la vez, la teoría misma y una concepción estilizada de los procesos existenciales".

Es por ello, quizás, que Scaglia (2009, p. 123) describe que el psicoanálisis es la piedra fundadora de las RS y de las hipótesis de Freud sobre que el inconsciente trastoca lo social. Este autor, creador del psicoanálisis, definió al mismo como un procedimiento de acceso al inconsciente. Con la hipótesis del inconsciente toca todos los saberes sobre lo humano y no se puede eliminar lo social.

5. Importancia y funciones de las representaciones sociales en el ámbito educativo

Me ha quedado claro que existen múltiples trabajos sobre el imaginario social y las representaciones. Y, precisamente, sobre las múltiples funciones que tienen las RS, Moscovici (1979) plantea que cumplen una función simbólica y su poder para construir lo real; además establece un orden en el ambiente, permite que los individuos interactúen; hay cierto control y guía de unos por el (los) otro(s). Facilita la comunicación con los miembros del grupo y usa códigos para identificar y clasificar objetos de la realidad comprensible a los grupos sociales.

En este hilo de continuidad de las funciones, Abric (2004) señaló la importancia de la función de conocimiento de la realidad a través de una precodificación e integración de la información en un marco común y coherente con valores, normas y prácticas de grupo. Especifica como funciones la de la identidad que es la salvaguarda de lo específico del grupo y se identifica en un grupo social con identidad personal gratificante. Otra función es de orientación como sistema de premodificación de la realidad que constituye la representación, ésta es una guía para la acción. Y la función justificadora permite acreditar *a posteriori* las posturas y los comportamientos.

Estas funciones de las RS son factibles de interpretar en cualquier ámbito de estudio, como en nuestro caso de la práctica clínica. Los estudiantes tiene precodificaciones de su significado al aproximarse a sus pacientes; integran los conocimientos previos y los organizan al darles sentido a ese nuevo conocimiento, que va enriqueciendo por un conjunto de interacciones sociales normativas del campo de la salud y valores de la práctica clínica, evaluando su actuar y la de sus docentes en la relación médico-paciente.

Abric (2004, pp. 20-21), con su perspectiva teórica del núcleo central de las RS, garantizó dos funciones esenciales:

- 1) La función generadora es el elemento mediante el cual se crea y transforma la significación de los elementos constitutivos de la representación. Es por su conducto que esos elementos toman un sentido, un valor.
- 2) La función organizadora es el núcleo central que determina la naturaleza de los lazos que unen, entre ellos, los elementos de la representación. Es el elemento unificador y estabilizador de la representación.

Para nuestra investigación, dimos importancia a identificar el núcleo central de las representaciones de los estudiantes en su actuar en la práctica cotidiana. Puesto que, siguiendo al autor, a las RS las enmarqué como una “forma de conocimiento elaborado socialmente compartido con un objetivo práctico que recurre a la construcción de una realidad común para un conjunto social”. Asimismo, También Guimelli al citar a Beabuois menciona que “conviene multiplicar los estudios que permitan identificar las relaciones que sostienen las creencias o las conductas” (En Abric, 2004, p. 75).

Por lo anterior, nos interrogamos sobre ¿qué papel juegan los estudiantes en la elaboración de prácticas sociales efectivas?, es decir, en los sistemas complejos de acción socialmente investidos y sometidos al desafío social e históricamente determinados por la práctica clínica médica. Esto obligó a abordar, de manera sistemática, nuestra inquietud de ¿cómo se encuentra representada en nuestros estudiantes la práctica clínica?

A partir de ahí, se podría interpretar sus comportamientos en un ambiente clínico determinado socialmente en la práctica médica al servicio de la población. Un camino que decidimos seguir, fue conocer primero cómo otros autores unen a la educación con las representaciones sociales, identificar cómo interpretan el hecho educativo y su vínculo con las ideas de Moscovici, así como a nosotros nos fue sirviendo de inspiración para la presente investigación.

Para Banchs (2000) es importante el abordaje de las RS, ya que son pocas las teorías en ciencias sociales que han tenido un amplio desarrollo y, en esta extensión caben los aspectos educativos. Al mismo tiempo da importancia a la determinación social micro (grupal), lo macro de la identidad cultural nacional con su historia, a la par el individuo se constituye y, constituye sus representaciones, también constituye su mundo social, reconstruye permanentemente su propia realidad social e identidad personal.

Villegas (2006) al citar a Piña explica lo relacionado con los estudios de particularidad; éstos dan cuenta de conocimientos que se tejen a mano en la vida cotidiana. En los procesos educativos de la clínica en los servicios de salud, se permite conocer lo que piensan y sienten los actores desde el sentido común (estudiantes y pacientes). Las RS dan pie a explicar ese conocimiento hecho a mano que los actores, inmersos en ciertos grupos, construyen y, de cierta forma, permiten la comprensión de una realidad particular que estos estudiantes de medicina van comprendiendo; lo que dicen sus pacientes, sus pares y, posteriormente, los docentes con quienes interactúan.

Esta investigadora (Villegas, 2006) ha referido además que el ser humano percibe su entorno, en donde la mayoría de su tiempo transcurre en captar información del exterior que le es significativa; la digiere para ser accesible y conveniente en un conocimiento que le sea útil y práctico. Estos conocimientos hechos a mano se van construyendo de manera individual y en forma colectiva, lo que hace posible asumir un lugar para sí, y cataloga a los otros desde el sentido de su vida. Caso similar lo es con los estudiantes de medicina, que al captar múltiples datos de sus pacientes y de su entorno, selecciona lo que le es útil para actuar, siguiendo los modelos de su maestros, para terminar construyendo sus propias representaciones del sentido de ser médico.

Piña (2010) presenta, en su obra, una serie de investigaciones sobre las posibilidades que tiene la perspectiva de las representaciones sociales para indagar aspectos relevantes de la dimensión cultural de las instituciones educativas. Que, sin importar

su naturaleza, en todas ellas se dan acciones individuales o grupales impregnadas de fenómenos simbólicos que tienen sentido.

En la primera sección de la obra, explican a detalle sus autores, colaboradores de los aspectos importantes de la RS que tienen tanto estudiantes en formación, como docentes de varias disciplinas enmarcadas en el ámbito educativo y práctica profesional. Estos autores intentan interpretar el sentido de la práctica educativa de los docentes, visiones ideológicas, valores, saberes y opiniones que se tiene de los otros en diversos contextos particulares de la educación.

En este hilo de continuidad, Villegas señala la importancia de las RS en la investigación en un ámbito educativo de las Escuelas Normales, donde analiza e interpreta las interacciones de estudiantes y docentes. A partir de las opiniones de los estudiantes le permitió identificar diferentes representaciones sociales de la actividad docente (transmisión, formación, transformación). Y cómo los estudiantes construyen significados afines respecto de la actividad docente. Resaltó esta autora la importancia que tiene el conocimiento de sentido común que construyen a diario los estudiantes en espacios particulares integrados, resignificando a las innovaciones científicas con la intención de emplearlas en la vida diaria (Villegas, 2008, pp. 205-207).

En su reciente obra Villegas (2012) identifica los conocimientos cotidianos de docentes que participan en licenciatura, en donde resalta el nuevo conocimiento de sentido común, expresivo y mundano de sus representaciones sociales. La autora hace un análisis detallado de cada uno de los conceptos emitidos por los miembros de cada subgrupo estudiado.

Da importancia de correlación a un sinnúmero de conceptos encontrados con la teoría socioeducativa de diferentes investigadores en el ámbito educativo y social; en especial, el centrado en la perspectiva teórica de Serge Moscovici; en sí, los sintetiza con los aportes del estado del conocimiento en ese campo específico con lo que mencionan sus docentes asociados.

Guichard (1996) afirma cuando retoma los aportes de Jodelet (1984), que el conocimiento se constituye desde las experiencias, informaciones, saberes y modelos de pensamiento que recibimos de los otros; es transmitida a través de la educación, tradición cultural y comunicación social. La importancia de esta perspectiva teórica de las RS son aplicables en la educación en donde los sujetos sociales aprenden de los acontecimientos de la vida diaria, las características del ambiente; por lo tanto, es un conocimiento elaborado y compartido (sin embargo recordemos que Moscovici afirma que no se comparte todo), que se refleja en el objeto aprendido como de la actividad del sujeto sobre el objeto que conoce.

Por su lado, Barbosa Franco (2007) ha dicho que el objeto pensado y hablado es fruto de la actividad humana. A partir de lo que el individuo dice no sólo se pueden conocer sus concepciones del mundo, pensamientos, valores, sentimientos o emociones, sino también deducir sus orientaciones para la acción. En nuestro caso, la interacción del estudiante-docente, estudiante-paciente, estudiante-estudiante, y estudiante-personal de salud, encontraríamos representaciones sociales como actividad mental, así como el objeto por apropiarse (la practica clínica), de manera objetiva como subjetiva, de la práctica social mediada por el lenguaje.

Lobato (2002, p. 166) por su parte señaló en relación con las RS y la educación: “las RS en el ámbito educativo son importantes para explicar el comportamiento de los alumnos y docentes, al ser una manera específica de comunicar y comprender lo que se conoce, de predecir comportamientos y analizar conductas”. Por su parte Olivares Rossy (2005, p. 10) añade que “las RS constituyen un soporte indispensable para una formación orientada a la multiculturalidad. No implica una acumulación de elementos sino de una combinación específica de sus elementos que la constituyen”. Esto, trasladado a nuestra investigación, sirve para conocer el comportamiento de los estudiantes sobre lo que representan alrededor de la práctica clínica. A través de sus discursos y acciones podría dar elementos importantes no explorados por sus docentes de clínica integral.

Conforme lo dicho por estos autores, se podría referir que el sistema educativo de la práctica clínica se organiza de acuerdo con las representaciones de los actores; en él subyace un control del docente para guiar o mediar los aprendizajes del estudiante en formación (ideas, creencias y prácticas englobadas dentro de la subjetividad). Por nuestra parte, en esta investigación respetamos los datos que proporcionaron los actores, ya que tienen vivencias reales en el contexto determinado y, de cierta manera, se mantiene una vigilancia epistémica al intentar desligarlo con nuestra práctica clínica-médica profesional; esto es, dejar hablar a los actores.

CAPITULO III. LA PRÁCTICA CLÍNICA, EL ALGO DE LAS RS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

En este capítulo se describe lo concerniente a la práctica clínica en el campo biomédico, en la que se intenta por momentos vincularlo con lo sociomédico, en específico con la perspectiva teórica de las RS de Serge Moscovici (1979). En el trayecto de este apartado se mencionan a educadores sociales o médicos interesados en la práctica clínica.

1. La práctica clínica y su aprendizaje

La práctica clínica existió hace muchos siglos cuando comienzan a relacionarse los unos con los otros unidos por el sufrimiento. Por la situación de instinto los menos dotados en fortaleza, son apoyados por otros, quienes pretendían aliviar algún daño. Posteriormente se entremezclaron las creencias y mitos del porqué se presentaba algún daño a la salud. La mayor parte fue atribuida al castigo de los dioses. Al pasar los siglos, Hipócrates, nacido en Grecia, fue el representante más antiguo de la medicina occidental; a partir de allí, se ve a la práctica clínica como la primera conciencia total.

El arte de la medicina se enseñó frente al enfermo. Los jóvenes que querían ser médicos aprendían principalmente en el lecho del paciente (el que padece algo). Éstos, los enfermos, eran alojados en el domicilio del médico; en tanto, los estudiantes los acompañaban todo el día. A medida que se torna en un cuerpo organizado y sistemático, el conocimiento de la clínica fue compendiada para facilitar su estudio, sólo que ya no sería tan natural en y al lado del lecho del enfermo.

A la postre, con el surgimiento de la patología clínica, se presta mayor atención a lesiones titulares y su coherencia con distintas manifestaciones patológicas, dando conexión con la verdad nosológica. La clínica permaneció bajo teorías especulativas y, después de hacer el análisis del cuerpo y espíritu humano, se conforma con estudiar los signos y síntomas de los enfermos.

Dentro de las ramas de la medicina existen diferentes modalidades de la práctica clínica (cirugía, obstetricia, medicina interna, pediatría etc.). En la práctica cotidiana meten en juego otra serie de disciplinas que complementan la función integral de la práctica médica para atender a los pacientes (psicología, odontología, enfermería, fisioterapia, etc.) Lo importante de la práctica clínica cualquiera que sea su campo, se pretende encontrar la verdad de su origen, dónde y cómo aplicarse.

La práctica clínica y su enseñanza han tenido diferentes espacios de aplicación, desde los claustros religiosos, domicilios particulares, hasta instituciones construidas *ex profeso*. Para Cabrera (2005) esa práctica se manipuló en beneficio personal más que del prójimo (médicos formales o aficionados, peluqueros, hasta chamanes). Posteriormente aparecen los médicos cultos en el área de la salud y ciencias afines del hombre que requieren de una formación escolar y certificación para practicar dentro de la ley.

En México la práctica clínica se da a través de la combinación de dos modelos: la clínica francesa con el método clínico, y la combinación del modelo Flexneriano de Estados Unidos tendiente a la fragmentación del cuerpo humano vía especialización a inicios del siglo XX. Sin embargo, con el tiempo se fue atomizando el conocimiento y paulatinamente se desvió el fundamento clínico cuando en hospitales de alta especialidad (centros médicos) se da preferencia a la tecnología sofisticada en las diferentes subespecialidades en relación con la herramienta del método clínico.

Tanto en Europa como en Estados Unidos consideraron, y aún siguen considerando, a los hospitales como un medio organizado para enseñar la medicina a futuros médicos generales y de especialidad, ya que en los pacientes se encuentra la enfermedad y la muerte que ofrecen grandes lecciones. Se enseña el arte de observar y curar las afecciones del ser humano y reorganizar el conocimiento médico. A partir de ahí, se dieron las reformas pertinentes de centros hospitalarios asistenciales como hospital-escuela; preferentemente en centros médicos para residencias médicas y hospitales

generales para las licenciaturas, dando lugar a una serie de convenios interinstitucionales de salud y de educación, predominando la enseñanza de la clínica al lado del enfermo (Cliné = cama).

La identidad positiva de la práctica clínica va más allá de la teoría; es decir, hay un rejuvenecimiento de la percepción médica; esto es, lo visible se hace más elocuente con diferentes discursos; de la especulación pasa a la razón y, con apoyo de la imaginación, se da una relación de lo visible con lo invisible como necesario en todo saber concreto biomédico.

Se enseña en causas conocidas, probables y ocultas de acuerdo con el avance de la ciencia médica; se formulan indicaciones curativas o paliativas y se enuncian pronósticos; entonces la enseñanza teórica ampliada se define en una práctica frente al enfermo que se va vinculando al saber particular y la totalidad enciclopédica del campo médico. Ayer como hoy, los significantes en el entorno médico; cada uno le da su significado correspondiente de manera diversa, o en una trama de continuidad asegura la patología con cierta uniformidad interrumpida, tal como se ha encontrado la ciencia en diferentes siglos.

La forma de racionalidad médica se hunde en la percepción; el médico aprendiz va desarrollando y ampliando todos sus sentidos: lee con la mirada, ve con lo que escucha; identifica las partes del cuerpo dañados o no; cuando toca y palpa, detecta algunos olores según la patología; comprende e interpreta lo que le narra el paciente, y finalmente, logra correlacionarlos con la teoría, adquiriendo experiencia clínica en diferentes contextos. Todo ello, al comentarlo con sus pares y docentes, le permite dar una estructura.

En la práctica clínica subyace la interacción social de al menos dos sujetos; uno (médico) de quien posee un conocimiento determinado para otorgar cierto beneficio a otro (paciente), quien tiene necesidad de recuperar su salud. Esta relación es asimétrica, ya que uno ejerce cierto poder y control al determinar lo que se debe hacer

y seguir dócilmente las indicaciones médicas o recomendaciones que no se cuestionan. El otro, sólo le queda evocar la esperanza, fe y confianza de seguir lo que se le pide para estar nuevamente sano.

En la historia del hombre, esta visión de control y poder ha existido en todos los ambientes sociales donde se interrelaciona ideología y poder. Para Mager (2010) la ideología es un instrumento del poder, por lo que ambos conceptos están interrelacionados. Y si en principio conlleva el planteamiento y adopción de ideas, lo cierto es que la utiliza un grupo (minoritario) para imponerse de manera directa o indirecta a otro grupo (mayoritario) a fin de obtener beneficios económicos, políticos y sociales, el campo de la medicina no es ajeno a este fenómeno.

El nuevo médico en formación, al convivir con la sociedad, pone atención a los avances de la medicina, y al llevarlos a la práctica, encuentra significado cuando dialoga con el paciente, familia o comunidad. Respeta los valores contextuales de su actuación para decidir lo que sea más pertinente atender: daños a la salud o conservarla en forma óptima, sin olvidar hacer de lado los diversos modos de dominación y poder.

También a la ciencia médica no le es ajena este fenómeno social; hay un ejercicio del poder que pasa sutilmente de lo mágico-religioso a lo biológico “científico-positivista”; éste busca encontrar las causas de la enfermedad de la unicausalidad, a la, posteriormente, multicausalidad, al integrar los aspectos psicológicos y sociales para llegar al entendimiento social.

2. La práctica clínica y su metodología

En la práctica clínica, el profesional de la salud cuenta con un instrumento denominado método clínico, con el que pone en práctica sus habilidades de atención a los pacientes. Al usarlo se propone recolectar información y descubrir, según sea el caso, lo que adolece un paciente, que se expresa en síntomas y signos, por lo que corresponde al médico integrarlos en un cuadro nosológico de manera sistematizada.

En la interacción social, el enfermo frente al médico dice lo que le aqueja, suponiendo que le va a comprender lo que expresa, se da un intercambio verbal; hay socialización en esta relación denominada relación médico-paciente (RMP). Se expresan o descubren múltiples síntomas y signos. Al respecto Jinich menciona:

La (RMP) se va operar en el ejercicio de la medicina sustentada en la teoría de la enfermedad, y expresada en el modelo biológico-lesional de la enfermedad cuyo elemento fundamental es la presencia de alguna lesión o patología que afecta la estructura y función del cuerpo humano con multiplicidad de causas y da las manifestaciones expresadas en síntomas y signos (Jinich, 1997, p. 4).

El síntoma, a nuestro entender, es la expresión verbal que refiere el paciente de su dolencia, aunque en múltiples ocasiones las molestias pueden ser confusas debido a que el enfermo no sabe expresar bien (como dolor de estómago, espasmos, ardores, máxime cuando ha tenido experiencias similares en el pasado). Intenta dar al padecimiento un nombre, ya sea de sentido común, popular o los que ha leído en periódicos o enciclopedias relacionadas con la salud y, en algunos casos, con textos de medicina.

El signo es una expresión corpórea de algún daño que el médico recoge mediante la propedéutica (observación, palpación auscultación etc.) para ser interpretado (una mancha anómala o un roncha en la piel, un movimiento involuntario, el aumento de volumen de un órgano etc.); sólo en la praxis médica se puede diferenciar el signo del síntoma. Lo importante es que ambos están mediados por el lenguaje en la interacción social de la relación médico-paciente, al igual que en otras disciplinas como la psicología social.

Moscovici (1979, p. 10) llamó también a este proceso como semiología (del griego *semion* = "signo"), que enseña en qué consisten los signos y sus leyes que lo rigen. En el diagnóstico clínico se cita generalmente como probabilidad, ya que síntomas iguales pueden corresponder a enfermedades diferentes y viceversa, por lo que requiere ser corroborado con el significado de la interpretación oportuna del médico competente.

Sin embargo, en la sociología esto resulta más complejo, ya que la expresión o palabra molestia, se le designa como signo. El hombre está en un universo de signos contextuales culturales, o toda una red de signos, vinculados a operaciones prácticas cotidianas, inclusive las ideológicas, todas ellas con intenciones de interacción social. En cambio, en medicina el signo es para quien lo descubre e interpreta mediante una exploración intencionada, tal como el signo de Murphy o Mac Burney en padecimientos localizados.

Entonces, sociológicamente hay un sistema de signos comunicables con su conveniente significación que otorga cada individuo, “el término signo, se usa en diferentes formas y sentidos” (...) “La semiótica es una técnica de investigación que explica de manera amplia cómo funcionan la comunicación y la significación” Eco, (1994, pp. 7-17).

Cuando Moscovici (1979, p. 76) explica que el concepto de psicoanálisis ha pasado de lo científico a la vida común en el diálogo entre los individuos, aclara que “los utilizan para interpretar ciertos síntomas, pero su empleo no significa la presencia (ejemplo los complejos) en alguna parte, puesto que ellos desconocen los indicadores del fenómeno material comprobado”. Entonces, cuando se opera en la interacción hay, agrega el autor, “una ruptura entre las normas técnicas del lenguaje y el léxico común, lo que era símbolo aparece como signo. Trata de saber qué hacer para corresponder con la realidad”.

El signo tanto en medicina como en la sociología se traduce e interpreta; se refiere a la experiencia donde hay un reciclaje de interpretación que va y regresa al signo. En la práctica clínica, una manifestación corporal del individuo siempre se enseña, es por así decirlo natural (a menos que exista una manifestación de simulación) y se aprende con la experiencia que adquiere significado por consenso para la construcción de terminología médica.

A los estudiantes en un primer estadio de su formación clínica, metafóricamente se considera ciego, dado que aún no reconocen los distintos síntomas y signos que expresa un enfermo. No ve lo que no anda buscando debido a que carece de conocimiento nosológico del fenómeno salud-enfermedad. Se complica la tarea de interpretación al existir un universo de signos y expresiones múltiples de la enfermedad; esto es algo más que uncausalidad agente-huésped como forma de agresión a la estructura orgánica y funcional.

Al existir una multitud de términos biomédicos, información proveniente de las ciencias duras, hay necesidad de seleccionar lo pertinente, conforme al avance científico, y vincularlos con datos sociomédicos; en especial, con lo que expresado por el paciente, se establecen puentes del conocimiento popular, sustentando la teoría. Esto es muy importante, ya que al decir Moscovici (2000) que ambos son conocimientos de gran valor, entonces el médico en formación puede encontrar múltiples señales tanto del paciente (huésped) como del agente y contexto, que le permite disminuir o evitar el error médico al actuar con visión integral de la clínica.

En conclusión, los signos se leen simbólicamente y se le atribuyen significados, ya que lo que se tiene que medir con exactitud y comprobarlo, no basta para hacer ciencia; en virtud de que se requiere, además, seleccionar adecuadamente lo que se recaba para darle un sentido apropiado al dato (ejemplo es la terapia intensiva, los datos obtenidos y su interpretación oportuna y juiciosa salvan una vida en el momento oportuno).

En esta naturaleza simbólica, el referente fónico (palabra) conlleva a representar una(s) imagen(es) asociada(s) de lo conocido con lo nuevo que está por conocer. Se ha de internalizar la palabra de algo externo para hacerlo propio, darle sentido y significación; entonces las imágenes ideales, virtuales y reales se dan mediante signos socialmente correlacionados. Las personas son lo que piensan y las imágenes están en el yo, o en el súper yo. En la práctica clínica se requiere de un autocontrol ante el reto

de ayudar a un individuo que ve amenazada su salud, y en la que el médico y sus estudiantes podrían contribuir a resolver una determinada situación adversa de salud.

En el escenario médico, el estudiante aplica el método clínico en su relación con el paciente. Es el proceso ordenado de acciones guiadas por el conocimiento y vinculadas en la práctica clínica; con ello, se comprende el proceso de salud y enfermedad de un sujeto en su total integridad biológica, psicológica y social. Ese conocimiento tiene una connotación histórico, social y cultural, dado que el "proceso de conocer" depende del tiempo y espacio concreto de una sociedad; de esta manera, en el interior de cada sociedad se van desarrollando diversos saberes de todos los aspectos que preocupan al hombre.

En el área de la salud, dichos aspectos están constituidos por prácticas y representaciones sociales, conformando distintos saberes o creencias: La medicina científica, la mágica-popular o la religiosa, así como el estudiante en formación no pueden negar la existencia de estas expresiones sociales. De estos conocimientos, interesa destacar dos tipos: el conocimiento popular, que es el cotidiano y, mediante el lenguaje, se transmite de persona a persona. Tal conocimiento pseudocientífico se va enriqueciendo de manera sistematizada, social y metódica por múltiples medios de comunicación (diarios, revistas, radio, televisión), que no es el conocimiento científico, propio de la ciencia médica, sino un saber rudimentario.

Y, el conocimiento científico, característico de las ciencias médicas que utiliza el razonamiento y aplica métodos; clínico, experimental o epidemiológico; así como de otras ciencias que lo enriquecen como sus métodos, ya sea el pedagógico, sociológico y el antropológico. De sus múltiples experiencias y resultados se difunden, mediante publicaciones indexadas, a la comunidad científica.

La tarea diagnóstica cumple, con la etimología del término "diagnóstico", dos requisitos: conocer distinguiendo (día como "entre") o penetrando (día como "a través de), por lo que en la consulta médica se dan múltiples perspectivas de representación social: lo relacional en cuanto al encuentro de dos individuos, sujeto

médico y sujeto paciente; lo intercultural por las pertenencias socioculturales del médico y el paciente; lo comunicacional que implica la interacción entre emisor y receptor a través de mensajes; lo emocional es un aspecto que interjuega con lo psicológico, social y ético.

3. La práctica clínica dentro del contexto de la educación médica en la FES Iztacala

Posterior a la descripción general de la metodología clínica como método y herramienta, se requiere mencionar algunos tópicos de la educación médica de la clínica integral dentro del contexto institucional de la FES Iztacala. Puesto que la institución académica pretende formar y no informar a los futuros médicos, resaltando el valor de tiene la práctica clínica al afrontar los desafíos que la sociedad le impone, ya sea local regional, nacional o internacional en un mundo globalizado.

El enfoque pedagógico del plan de estudios de Iztacala, tanto en la fase preclínica, impartido en el campus universitario, como la clínica, en los centros hospitalarios, tiene una base constructivista, debido a que están presentes dos modelos educativos que resultan, por la forma de abordarlos, contradictorios y no siempre complementarios: el enfoque tradicional conductista combinado con el de la tecnología educativa y el enfoque cognoscitivo constructivista de tipo modular.

En este proceso formativo, se encamina al estudiante en su trayecto escolar, a fin de que adquiera conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, tanto la normalidad como el de la anormalidad en ambos modelos. Para Wilson (1984) los modelos se caracterizan por la representación de ideas y acciones, finalidades que orientan la planeación, ejecución y evaluación de un proyecto académico.

En el modelo tradicional, muchos profesores lo perciben como fuente de conocimiento, aunque el papel del estudiante, mediante el modelaje del profesor, es pasivo, observador, aprende viendo más que haciendo. La relación profesor-

estudiante, es distante o indiferente, aun cuando se hallen próximos; en la estrategia didáctica predomina la impartición de clases por del docente. En el intento de ser activo se desarrolla mediante preguntas y respuestas lo que plantean los textos. En la evaluación predomina el examen memorístico parcial del docente o el departamental institucional. Encontramos semejanzas, al respecto Contreras menciona:

El modelo tradicional es la aplicación sistemática de los conocimientos científicos a la solución de los problemas de la educación. Se fundamenta en el paradigma positivista, la precisión y la razón. Es el profesor quien sigue predominando y a la vez, controlando las conductas preestablecidas; aquí el estudiante es aparentemente participativo para lograr objetivos de aprendizaje, ejecuta y repite actividades. Sólo que no hay análisis y reflexión de la tarea ni del contenido (Contreras y Ogalde, 1980, p. 8).

Más tarde, con el avance tecnológico, se orienta el modelo a la tecnología educativa: el profesor emplea varios recursos (pizarrón, rotafolios, cañón, medios digitalizados e Internet). Se parte del supuesto que al usar los recursos tecnológicos, se aprende mejor y se tiene la conducta observable deseada. Hoy se han popularizado las prácticas simuladas con maniqués o vídeos interactivos. La evaluación se diversifica: la semiestructurada y de simulación objetiva estructurada y, según Irizar y Cardenas (2004), se sigue asignando mayor peso a lo conceptual que a lo procedimental y actitudinal

El enfoque cognoscitivo-constructivista de tipo modular se alimenta de varias disciplinas en el procesamiento de la información. Se encuentra una actividad mental constructiva en proceso internos y aspectos personales, como ideas, metas, emociones, recuerdos que se usan activamente para entender seleccionar y dar sentido a los estímulos externos con lo cual se obtiene un aprendizaje de la experiencia. Aquí la atención es centrada en el estudiante y no tanto en el profesor, ya este último es sólo mediador de andamiaje en el proceso y no tanto en los resultados. El estudiante descubre sus diferentes formas de aprender al optimar su desempeño.

Este modelo permite enfatizar los aprendizajes significativos, por lo que requiere poner las condiciones educativas reales, tanto en el nivel clínico como en los centros

hospitalarios para alcanzar una serie de competencias cognoscitivas, habilidades y valores con actitud de servicio en la relación médico-paciente (profesional y humana). Lo anterior, a fin de ayudar a mantener los niveles óptimos de salud de los pacientes y población a su cargo.

Por lo tanto, aprender significativamente implica poner en acción los procesos básicos y superiores del pensamiento (percibir, observar, jerarquizar, analizar, valorar, asimilar y acomodar la información), además de las estructuras cognitivas previas donde hay que reestructurar y quedarse con la nueva información. En el procesamiento de la información, como cualquier otro tipo de razonamiento, se requiere de capacidad para pensar, razonar, tener pericia y creatividad. En el diagnóstico clínico, con su vocabulario técnico, ayuda a representarse, interpretar, categorizar y decodificar mensajes que da el cuerpo humano y clarifica el significado de la información recabada.

Lo curricular de la práctica clínica en la FES Iztacala, hay aparente división del mundo teórico básico en el campus universitario y la práctica real en el hospital de las instituciones asistenciales; pero sin ser tajante, esta separación, en ambas áreas, se da tanto la teoría como práctica. El estudio clínico de enfermedades, como se mencionó al principio, hubo la necesidad de reunir a un gran número de casos para hacer sensible un cuerpo organizado de la nosología. Se cierra a una totalidad didáctica de una experiencia ideal que describe puntualmente a las enfermedades, es decir, se hace un recorrido complejo del círculo de las enfermedades. En consecuencia, la práctica clínica forma un campo nosológico íntegramente estructurado que en apariencia resulta más significativo frente al enfermo y no tanto con simuladores.

Sin embargo, en este plan de estudios modular, se apostó en dar secuencia lógica a la formación clínica del estudiante, con módulos prácticos de lo clínico, con la teoría de aparatos y sistemas, vinculados a módulos metodológicos que intentan asociar lo básico con lo procedimental-experimental en el laboratorio, todos desarrollados mediante un sistema eminentemente tutorial. El objetivo general educativo en la

práctica clínica, es el estudio del hombre sano y enfermo que supone, por lo tanto, el conocimiento de aspectos generales básicos de la enfermedad y, aunque constituye el primer contacto del estudiante con la clínica, se ofrece una visión global y sistematizada de lo normal y anormal del hombre.

4. La práctica clínica vista a través del cristal de las representaciones sociales

La presente investigación se insertó en el área educativa social de la práctica clínica médica que involucra a diferentes actores, sólo que se hace un recorte intencionado para conocer la realidad empírica de los estudiantes de medicina. Aquí, en la práctica clínica, se retomaron algunas de sus formas de vida cotidiana y sus pensamientos sociales; al mismo tiempo se intentó correlacionar estos discursos con la perspectiva teórica de Serge Moscovici y de algunos de sus seguidores antes mencionados.

En otras áreas del conocimiento y en diferentes niveles educativos, se han explorado las RS y sus diversos problemas en el ámbito de la educación; se señalaron algunos ejemplos líneas arriba, pero, aun así, en la educación médica existe ausencia para abordarla a través de las RS. Podríamos interpretar que quizá se encuentra alejada con esta perspectiva teórica porque las publicaciones en el campo biomédico, se reducen prioritariamente a lo biológico individual de la salud y a la enfermedad, dejando de lado al sujeto de su entorno social y contexto pleno de vida.

Con todo, en otras áreas de la salud, en las que ha penetrado el estudio de la representación social, tenemos múltiples investigaciones en la enfermería con el cuidado al paciente, la promoción de salud Oliveira (2000) y, también, la psicología clínica que explora la dependencia a las adicciones, además del sida con sus repercusiones sociales y económicas. etcétera.

Sin embargo, esto no nos desalentó, al contrario nos llevó a indagar esas RS en el proceso de formación de los médicos generales. En este sentido, con la reflexión sobre subjetividad de los participantes en situaciones concretas de la práctica clínica, se

intentó encontrar elementos que dieran cuenta de los procesos según su experiencia situada; asimismo, se invitó a conocer las expectativas, intereses, creencias y opiniones del quehacer profesional, así como tratar de comprender los comportamientos de los estudiantes en su proceso de formación.

Pensamos que al explorar las representaciones sociales del estudiantado, no sólo se rescata lo que significa ser mejor para la vida y favorecer la salud al limitar la enfermedad, sino también conocer de manera más detallada las formas de pensar, sentimientos y prácticas clínicas reales desarrolladas durante el proceso educativo. Como lo mencionó Barbosa (2007) en los procesos educativos, no pueden ni deben desarrollarse propuestas en abstracto, distantes del conocimiento del contexto concreto que las sustenta, ya que en él se verifica a partir de las aspiraciones y representaciones sociales de sus destinatarios.

Castorina (2003) ha señalado que la comunicación social desempeña un papel preponderante, pues con los intercambios verbales de la vida cotidiana en el ambiente educativo, se exige algo más que un código lingüístico común compartido dado que hay un trasfondo de representaciones sociales; en esas interacciones, el modo en que las representaciones sociales intervienen en las prácticas educativas constituye un objeto pertinente para su investigación.

Según lo dicho, quienes participamos en la formación de conocimientos escolares y sus implicaciones en la configuración del destino educativo de los estudiantes, contribuimos a poner de manifiesto la matriz sociocultural que opera el modo de conocimiento práctico como en la práctica clínica; donde hay las representaciones que tienen los docentes y alumnos sobre la inteligencia y capacidades, que para muchos es percibida como un atributo central para el éxito o fracaso escolar.

Consideramos a la inteligencia en plural para alcanzar las metas educativas que los estudiantes tienen con sus RS, de cómo van logrando su competencia clínica, favorable o desfavorablemente, al representarse a sí mismos acerca de sus conocimientos,

habilidades y actitudes, así como la de los otros y su contexto. Lo importante para abordar el estudio de las representaciones sociales en el ámbito de la educación médica, es que se erigen en el campo simbólico de las personas y los símbolos en medicina, son todo un universo (lo cuantitativo normativo hasta lo mítico religioso, pasando por lo cualitativo de los actores del proceso)

En este universo conceptual, de actividad procedimental y actitudinal son fundamentales para la construcción social de la realidad de los estudiantes. Así, en la relación hombre-naturaleza, como de creación sociocultural de la práctica médica (en el proceso de interacción), se pone en evidencia la necesidad de que los actores sean conscientes de su propia capacidad transformadora de orden sociohistórico que les tocó vivir. A esto, a los docentes les corresponde asumir un compromiso junto con los objetivos de la facultad para formar al médico.

En ese aspecto, Jodelet (1984) nos orientó sobre las prácticas de los estudiantes, que los sujetos comprenden e interpretan la situación de manera diferente en que se encuentran, y no se comportan de manera similar ante un procedimiento que se mantiene idéntico (en nuestro caso el seguir o no una determinada técnica o procedimiento clínico). Su rendimiento es mayor cuando su representación concuerda con el ejercicio que debe realizar, y menor al no concordar.

Por lo tanto, los sujetos se organizan según su representación jerárquica, cuando la tarea de creatividad es vista como una solución del problema en la interacción de la práctica clínica. En esta interacción objeto-sujeto, ambos se transforman y modifican mutuamente de manera ininterrumpida Piaget (1968). El estudiante que se enfrenta a los problemas sociales de la salud, piensa sobre esa realidad, por lo que requiere de comprensión e interpretación del fenómeno.

También Jodelet (1984) indicó que el comprender es también explicar la búsqueda de causalidad, que es un factor lógico e importante del pensamiento social y, ante un nuevo acontecimiento de lo que se dispone, ya hay una representación. Pero esa

explicación no se hace únicamente con base en las informaciones y observaciones con las que se cuenta, sino que se hace por inferencia y deducción; la práctica clínica requiere de forma dinámica de la deducción e inducción.

Para Moscovici (1979), la manera de pensar cotidianamente, hace que coexistan dos tipos de causalidad: la dada por atribución eficiente de causa-efecto como se hace científicamente (en medicina se habla de multicausalidad-multiefecto) y, la otra por imputación que busca las intenciones que hay detrás de los actos. El porqué de su finalidad, en este caso, no concuerda el acto con las representaciones; en consecuencia, el observador examina la intención y el anclaje que sirvan para encontrar el sentido; se escruta la categoría a la que pertenece.

Así, tanto en el proceso de la atención médica, escenario de aprendizaje de la clínica, como en el diálogo docente-estudiante o entre estudiantes, aparecen múltiples significaciones en las que cada cual defiende sus posturas ya sean sustentadas teóricamente o lo tenido como experiencia en la vida cotidiana; a este respecto, Moscovici (1979) refirió que en el diálogo de la vida cotidiana de las personas se transmiten informaciones. Al respecto se sabe sobre algo, incluso se defiende en la discusión y cuando progresa en el correlato, éste se regulariza y las expresiones se precisan.

Si esto lo encaminamos al ámbito de la educación médica e incluso a la sociedad, hay huellas tanto sociales como intelectuales en las que la sociedad representa a la ciencia, la técnica y la filosofía habiendo una prolongación o una oposición que tiene que ver con su realidad regional referida a sus padecimientos médicos. Así, en una zona se puede recurrir a la magia, en otra al sufrir como castigo y, sólo por el perdón se podrían curar, o la práctica herbolaria como tributo a la naturaleza; por último, a la ciencia médica occidental para utilizar procedimientos médico-quirúrgicos propios de la modernidad.

Para todos ellos, salvo el último, no se desatiende el sentido común y podría ser considerado erróneo e irracional para algunos médicos e incluso como una posición cómoda de explicarse la realidad. Para nosotros al seguir a Moscovici, cuando dice que la representación tiene su textura autónoma con un patrón cultural dentro de una sociedad determinada con una función simbólica para poder construir lo real, entonces carece de característica de ser irracional ese sentido común (con la experiencia se alude que se tiene un buen ojo clínico).

Es por tanto que para Moscovici, uno de sus propósitos de su investigación, fue aclarar el estudio de las representaciones sociales en que redefinen los problemas y los conceptos de la psicología social a partir de ese fenómeno de la representación. En la práctica clínica cotidiana se dan de forma permanente diálogos tanto formales como informales sobre los problemas de salud, en cuya práctica se obtienen experiencia directa frente al paciente o indirecta en el aula por medio de un proceso conversacional. En relación con las conversaciones, Moscovici refiere:

En el mundo de las conversaciones se producen intercambios verbales por un tiempo, ya sea frases, teorías que despiertan curiosidad, se fija la atención, emergen recuerdos, experiencias comunes, se reafirman los hábitos del grupo y cada uno va adquiriendo una enciclopedia sobre el tema propio para la discusión, los relatos se regularizan y precisan, las actitudes se ordenan y cada uno pretende tener un lugar para transmitir su saber (Moscovici, 1979, pp. 35, 36).

En sí, hay materia para conversar dentro del campo clínico sobre lo que está de moda o un tema reciente de investigación en la sociedad médica. Esto fue evidente para Moscovici en las conversaciones de los franceses en torno al tema del psicoanálisis o de la relatividad, donde el interés público se manifiesta intensamente; de estas conversaciones cuál sería el significado del funcionamiento de la sociedad en que las personas hablan de ciertos temas que han interiorizado. Situaciones similares son las del estudiante clínico cuando acumula muchos datos, signos que comunica y verifica en el paciente para emitir un probable diagnóstico sobre la enfermedad.

Aunque el análisis de los estudiantes podría ser secundario al no haber razonamiento clínico confiable y sólo lo extrae de lo que dice vagamente el enfermo, lo asocia con casos similares que ha visto o lo que han dicho sus pares y establece conclusiones que le parecen válidas. Aquí, se dan o están presentes las representaciones sociales que llevan a la acción, imita al médico que prescribe un tratamiento pero con gran probabilidad de tener margen de error.

Algo similar ocurre con el que se encarga de acumular la información clínica, quien pretende ser médico porque recopila datos teóricos sin lógica y tiene poca práctica. El objetivo no es avanzar en el conocimiento sino estar al corriente y no ser etiquetado de ignorante en su círculo al que pertenece en especial en las confrontaciones de sesiones clínicas, anatomopatológicas, y en especial las generales del hospital.

En la formación del nuevo médico, lo importante es que al conocer diversos puntos de vista de los profesores o incluso del personal de otras disciplinas dentro del hospital, dan una visión global de lo que se representa un grupo, ya que los puntos de vista de los individuos y de los grupos se interiorizan y representan. Así lo mencionó Moscovici:

Son encarados tanto por su carácter de comunicación como de expresión; las opiniones y comunicaciones son precisadas, estudiadas y pensadas en cuanto traducen una posición, una escala de valores del individuo... En la realidad es un corte simbólico elaborado a través de intercambiar sus modos de ver en las que se modelan y se influyen recíprocamente (Moscovici, 1979, p. 28).

Estos sistemas de interacción cambian según sean las generaciones y clases, ya que hay generaciones muy destacadas y, en cambio, otras apáticas, mientras otras se conforman con entrar a un molde lleno de prejuicios. Así cuando se responde a una pregunta trasmite un mensaje particular, busca la aprobación, en especial del docente que le va a poner cierta calificación o que su respuesta le pudiera brindar cierta satisfacción, pone de relieve tal o cual situación en la que se encuentra el estudiante (unos están más a gusto en pediatría, otros en cirugía, urgencias y los menos en medicina familiar).

El proceso moviliza y otorga un sentido a las representaciones en un flujo de relaciones e interacción con las personas. Una simple opinión, imagen o actitud, por sí solas, no da una vinculación ni apertura que les acompañe; son estáticas, no por lo que creen o comunican, sino porque seleccionan y utilizan información que circula en la sociedad. Por el contrario, la representación social son conjuntos dinámicos que producen comportamientos y de relación con su medio; se modifican ambos y no una mera reproducción ni una reacción a un estímulo exterior dado, aquí subyace el significado por aprender bien.

En la práctica clínica es tan importante saber teoría nosológica, como el llevarla a la práctica y ésta se inicia, con la observación del entorno y del propio paciente, que mediante diálogos y observaciones se puede encontrar *a priori* posibles causas del daño a la salud. Se observa al paciente con sus actitudes, su caminar, sus gestos, color de ojos y piel, y que a pesar de lo que mencione el paciente sobre su diagnóstico puede estar alejado de lo que realmente padece. Esto ha llevado a un símil con lo que dice Moscovici sobre la observación de otros ámbitos sociales:

La observación presupone una práctica y un papel particular de cada cognoscente cuando la aplica en su oficio, cobra dimensión cuando cada acontecimiento acumulado se ha representado socialmente en la práctica cotidiana, pues del testimonio de quien(es) lo anuncia(n), sabios, periodistas, políticos que dan comunicaciones sociales a pesar de la dificultad de captar su lenguaje, hay participación en un mundo del discurso, ya que están próximas a lo que concierne a uno, aunque son ajenos a los individuos, dirigen las miradas y el pensamiento a lo invisible, sin embargo se habla de ello con naturalidad, como los átomos, las moléculas, la hemodinámica, entonces imágenes, palabras y razonamiento se entremezclan muchas veces sin sentido, es decir, se habla sin saber porque a falta de criterios necesarios para atestiguar sus existencia material (Moscovici, 1979, p. 35).

La transformación de un conocimiento indirecto a un conocimiento directo es el único medio para apropiarse del mundo exterior. Muchos estudiantes hablan sobre ciertos padecimientos que nunca han visto y están referidos a su imaginación y les resulta desconcertante cuando se enfrentan a ellos en la realidad concreta. Esto evoluciona y se perfecciona con el tiempo y tal como lo afirma Abric (2001):“parece ser que la

evolución de las prácticas (sociales o profesionales) es una determinante poderosa de cambio de estado de las representaciones sociales”.

Éstas, las prácticas, desempeñan un papel importante en la dinámica de las relaciones sociales. El saber permite entender la realidad; mientras el saber práctico de sentido común busca adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible en coherencia con el funcionamiento cognitivo y los valores que se adhieren. De este modo, en el caso de las teorías científicas como el de la ciencia médica, permea en el pensamiento de estudiantes e incluso de los pacientes portadores de enfermedad, y que al transformarse en conocimiento de nuevo sentido común, dan lugar a la construcción de representaciones sociales que permite su reelaboración constante en el proceso educativo.

El estudiante (s) en su condición de sujeto (s) representa un momento de singularización, confrontación, y desarrollo en aquellos escenarios donde las representaciones sociales son construidas y se desarrollan, a lo que afirma González Rey (2011, P. 95) “ el sujeto , además de estar constituido por las representaciones sociales , es constituyente de ellas a través de sus acciones y sus producciones singulares de sentido subjetivo”. En esa circulación de RS lo subjetivo individual permea lo social y viceversa no en un proceso supraindividual en automático, sino que:

La circulación se produce a través de los diálogos y relaciones de los individuos dentro de esos contextos, lo que implica que una misma representación social, pueda tener sentidos subjetivos diferentes en contextos diferentes y por las diferentes personas que interactúan en esos contextos (González R. pp. 94,95).

Así el conocer el algo concreto (Práctica clínica) de las RS en el ambiente clínico, sin pretender darle el cariz científico como tal, no es tarea fácil ni aun para los docentes competentes. Más bien se pone en práctica lo que los investigadores en salud han descubierto: un síntoma de algún síndrome o padecimiento resulta no claro, ya que puede pertenecer a varios padecimientos (fiebre, ictericia, pérdida de conciencia o de

peso, etc.) y se requiere realizar propedéutica, aparte del apoyo de auxiliares de diagnóstico para integrar un diagnóstico clínico correctamente. Es un ir y venir en el razonamiento clínico y algunos manifiestan que se da un rodeo para encontrar la prescripción adecuada.

En las representaciones se nos dan opiniones de las cosas o las personas y es necesario rodearlas para conocer su esencia y estructura; en sí interpretar lo que nos quisieron decir (cosa similar es cuando a un paciente se le interroga, dice sus dolencias que hay que interpretarlas preguntando y repreguntando). Para conocer y comprender la cosa en sí misma requiere ser analizada en la actividad; aquí ya hay una intencionalidad hacia algo por conocer, una intención significativa con modos diversos de percepción, aquí es donde se intercambia el sentido de la subjetividad individual y lo social.

El estudiante encamina gradualmente su razonamiento clínico y pone en juego sus conocimientos incluyendo el intuitivo y perceptivo (análisis y reflexión) de lo que va encontrando durante su práctica clínica, que podría vincularse a lo que Kosik (1967) comentó: "Cada peldaño de conocimiento cotidiano sensible o racional y, cada modo de asimilación de la realidad, es una actividad basada en la praxis. El hombre ve más de lo que percibe directamente, esa percepción sensible inmediata se plasma en determinada actitud como interés, indiferencia, admiración o desagrado".

En toda la visión, audición y percepción, más la experiencia y cultura médica, lo subjetivo es tan importante como lo objetivo, si no se quiere deformar la realidad al quedarnos con una sola realidad. Lo humano trasciende a lo físico, la enfermedad-salud es dimensión cuali-cuantitativa, que para el caso de las representaciones el mundo cotidiano no es una ficción, ya que la realidad no se agota con la imagen física del mundo, sino que la subjetividad tiene gran riqueza que se crea históricamente en la praxis humana.

En la actuación de los estudiantes, ellos adquieren conciencia al concentrar su mirada no como sujetos aislados sino como un todo integral, aunque gran parte no se logre captar explícitamente. El objeto percibido, observado o elaborado es parte de un todo, y precisamente lo que no es percibido explícitamente; es la luz que ilumina o revela el objeto singular observado (paciente) en su singularidad y en su significado. La conciencia, entonces, es considerada tanto en su aspecto teórico-predicativo en forma de conocimiento explícito, fundado en razonamiento teórico, como en su aspecto antepredicativo o totalmente intuitivo.

Para el nuevo médico general, con su práctica clínica, existen múltiples representaciones que se van reelaborando, y hay posibilidad de cuestionarse a sí mismo sobre su actuar así como del resto del personal profesional de la salud que le rodea, a quienes por momentos trata de imitar según sea el servicio clínico por los que rota. Después con esas representaciones transformadas, los llevarán en su actuar de forma más consciente.

Con esta breve descripción de la práctica clínica, se pretendió dar una visión general del saber y el hacer, vinculado estrechamente los comportamientos, actitudes y sentimientos tanto de quien otorga el servicio de salud, como de quien los recibe, dentro de un intercambio eminentemente social. Esto fue intencional para establecer los puentes de unión con la teoría de las representaciones sociales en que también están presentes los saberes, conocimientos, actitudes y comportamientos de alguien (estudiantes) sobre algo (la clínica) que explican una determinada conducta.

IV. METODOLOGÍA

1. Problematización

1.1 Problema de investigación

Al escuchar y observar entrar por primera vez a los estudiantes en los espacios clínicos del sector salud (hospitales), presentan una serie de inquietudes, desaffos y temores de lo desconocido; estos discentes perciben deficiencias personales de ciclos educativos anteriores y ahora, en consecuencia, enfrentan nuevos retos que les impone la práctica real de la clínica. Conocen parcialmente el campo clínico, a través de lo comentado por compañeros de semestres más avanzados, o en ciertos casos, por docentes de nivel básico (módulos preclínicos I; II; III; IV), quienes les advierten la diferencia cuando estén con sus pacientes.

De lo anterior surgieron las siguientes interrogantes: ¿Los estudiantes están conscientes de su función en los hospitales?, ¿son asiduos en estudiar y aprender la clínica de manera activa y participativa?, ¿toman conciencia de lo que hacen y por qué lo hacen? Estas preguntas son, *a priori*, difíciles de responder, ya que en nuestro trabajo cotidiano con los estudiantes de este nivel, nos limitamos con ellos a reflexionar sobre su quehacer en la práctica clínica, al vincularla con aspectos teóricos disciplinares de la pedagogía. Sin embargo, podríamos encontrar las posibles respuestas al estudiar, de forma sistematizada, las representaciones sociales que tienen de la clínica en su trayectoria escolar.

Como lo menciona Piña (2010, p. 26): “Los actores de la educación superior poseen creencias, posturas, representaciones donde despliegan prácticas apegadas a sus formas de ver el mundo”. Estas formas de pensamiento, según el autor, se catalogan de sentido común, dado que orientan sus prácticas e indican lo que es bueno y malo de las personas que les rodean. En ese sentido, fue pertinente conocer ese ángulo de la realidad; por ello, consideré que este referente empírico, en la práctica clínica del

estudiante, podría investigarse para comprender su cotidianidad con los pacientes y profesores.

Al preguntarles sobre sus interacciones en el campo clínico, salen a la luz opiniones o comentarios de su experiencia clínica, esbozada en el capítulo uno, que ahora es conveniente resaltar: Muchos docentes no les hacen caso y encargan sus clases, principalmente, a los becarios de pregrado o, en algunas ocasiones, a los de posgrado. Éstos los ponen a escribir historias clínicas que muchas veces no revisan, lo que da como resultado que en las clases sean los estudiantes quienes imparten los contenidos de manera superficial. Se repite lo que dice el texto sin meditar cabalmente lo que leen, en lugar de ser llevado a complejidad creciente guiados por el docente tutor.

Frente a esta situación, a muchos estudiantes no les satisface esta forma de enseñar y aprender, razón por lo que prefieren clases por parte de los profesores especialistas en la materia. Aun cuando no dejan de reconocer que hay docentes que participan con sus comentarios y experiencias, existe también el extremo de docentes que no aportan nada e, inclusive, se quedan dormidos en clase.

En los servicios clínicos, varios estudiantes manifiestan que son pocos los procedimientos que se ponen en práctica (en su mayoría realizan historias clínicas, instalan sondas por nariz o uretra, curaciones y algunas veces ponen venoclisis o toman muestras para el laboratorio). Los restringen a observar al médico cuando efectúan los procedimientos clínicos frente al paciente. Esto se traduce en que la práctica clínica sea para ellos aburrida, de poco interés, tanto que no encuentran sentido estar allí. Se agrava aún más la situación, cuando el profesor les pregunta y no saben contestar ciertos contenidos o técnicas (varios tutores les exigen, sin pensar que están formando a un futuro médico general) por lo que algunos estudiantes discretamente abandonan casi desde el inicio los servicios del hospital.

Ante estos acontecimientos, se invita a los estudiantes a ser más participativos y reflexivos, dejando de lado las fallas percibidas hacia sus docentes tanto en el aula como en los servicios del hospital. Se les exhorta a que muestren mayor entusiasmo y

pasión en la cotidianidad clínica. Que pregunten sin temor, dado que nadie nace con conocimiento, ni se genera espontáneamente, pues éste se aprende con el esfuerzo cotidiano. Y por último, se les pide que reflexionen críticamente: ¿qué estoy haciendo frente a cada paciente?, ¿qué hago y cómo adquiero el conocimiento?, ¿estoy dispuesto a ponerlo en práctica?, ¿para qué se hace y por qué se hace; es decir, pasar de un simple aprendizaje a un metaaprendizaje.

Con respecto al proceso educativo de la práctica clínica, coincido con López (1993, p. 160), quien distingue tres problemas vinculados con nuestro objeto de estudio: 1) falta de unidad en los campos clínicos; 2) capacitación insuficiente de profesores. 3) ejercicio de la docencia simultáneamente con funciones asistenciales. Para este último rubro, en la realidad operativa estos médicos-tutores son docentes de tiempo parcial adscritos laboralmente a un determinado servicio clínico y, muchas veces, no cumplen con su labor de acompañamiento tutorial del estudiante por el exceso de carga asistencial, delegando la función de la docencia al personal becario, ya sea interno o residente de alguna especialidad.

Durante y Amancio (2006) han afirmado que para ejercer como médico general se requieren conocimientos, actitudes y aptitudes constituidos por el desarrollo de la disciplina médica; al respecto agrego tanto en lo biomédico como sociomédico. Esto es, contar con conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes requeridos de manera integral para ejercer de manera óptima la medicina.

Entonces al empeñarnos en realizar un análisis reflexivo de las opiniones que poseen los estudiantes sobre la práctica clínica, opté por la perspectiva teórica de las representaciones sociales y, más específicamente, en su dinámica como sustento teórico metodológico, al ser esta teoría aplicable a muchas disciplinas, incluidas la de la salud.

A este tipo de investigación la identifiqué con el enfoque interpretativo, debido a que en las relaciones que sostienen los estudiantes con diferentes interlocutores del

proceso de atención médica (paciente, docente, estudiante y personal auxiliar) se expresan las creencias y conductas, además se desentrañan pensamientos y opiniones mediados por el lenguaje. Esto no quiere decir que se retomó, al analizarla cualitativamente la intersubjetividad de manera aislada, sino que se pensó establecer enlaces pertinentes con la descripción cuantitativa, de manera muy particular con la teoría del núcleo central (Abric, 2004).

Por último, refiero que me sucedió algo similar en lo personal de lo que pasó con la investigación educativa en su recorrido histórico. Según Tapiero (2006, p. 104) se han tenido distintas etapas de evolución: del conductismo, de predominio cuantitativo, se pasa a la revolución cognitiva en los ochenta; y en los noventa, de lo metacognitivo a lo social, predominio cualitativo. Haciendo una analogía, he de mencionar que la tradición cuantitativa influyó sustancialmente en mi formación y en el ejercicio médico en la década sesenta y setenta, así como en el inicio de mi actuar como docente.

En esas décadas también predominó en mi pensamiento el paradigma positivista, aunque con el transcurso de los años como docente, se ha venido transformado la visión paradigmática para abordar los problemas, que ha derivado en darle importancia al modelo interpretativo. Con todo, creo que aún siguen siendo vigentes una y otra perspectivas teóricas en función de la adopción del investigador. Desde mi postura ambos paradigmas se pueden combinar, puesto que también esa aparente confrontación epistemológica tiende a mencionarse con menor frecuencia en varios investigadores que he escuchado en eventos internacionales.

Por lo anterior, creí que era posible identificar en el discurso de los estudiantes las representaciones sociales (RS) sobre la práctica clínica, sólo que ahora de forma sistematizada y con instrumentos apropiados para captar e interpretar la subjetividad del estudiante, según lo afirmaron en su tiempo, prestigiados investigadores sociales Moscovici (1979) y Jodelet (2000). Mi interés por conocer el cómo y en qué se configura la intersubjetividad de la práctica clínica, me llevó a conocer cómo se

organizan los contenidos específicos o centrales que estructuran las representaciones. Y, además, cómo dicha subjetividad se crea históricamente en la praxis humana, en que los estudiantes tienen que decir algo, cuando ponen en práctica sus nuevos conocimientos de nuevo sentido común en la relación médico-paciente.

Siguiendo a Banchs (1999), en ningún caso hay que quedarse con dicotomías, sino que debe situarse en un proceso dialéctico, ya que existe una gran red de interacciones en el proceso de la atención médica, incluidas actitudes y comportamientos clínicos que integran la representación que han construido. Estas interacciones no son sólo productos mentales de un proceso dado por la experiencia en el mundo clínico, sino también construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso, en este caso, de la práctica clínica.

En el campo de la medicina, la comunicación e interpretación cobran capital importancia en las interacciones sociales mediadas por el lenguaje; los discursos que circulan en el medio social médico, permiten conocer, en mayor o menor medida, el fenómeno de salud-enfermedad. Todos los que intervienen en el proceso de atención médica, aportan sus ideas, opiniones, experiencias y conocimientos referidos a la salud o enfermedad, aunque con distintas formas de interacción hablada.

Para desarrollar la investigación, se partió de una primera pregunta: ¿Qué piensan los alumnos de clínica integral en su primer año de práctica real en los hospitales al frente de los pacientes y durante los años siguientes de su formación? De manera simultánea, me di cuenta de que no sería tarea fácil, por mi formación biomédica, penetrar en un campo de la psicología social; sin embargo, al leer el diálogo de Moscovici con Marková, dejó de inquietarme la falta de conocimiento de esa disciplina, en especial cuando contesta Moscovici sobre el origen de las RS:

Si hablamos de los orígenes de mis ideas sobre la representación social, diríamos que la teoría de las representaciones sociales fue fruto de mi edad de la inocencia, y comencé a trabajar en esa dirección cuando era estudiante en la Soborna como refugiado político en París y no tenía realmente idea de mi futuro profesional. Leía

por mi cuenta y además de eso tomé algunos cursos con Lagache, empecé a tener idea sobre la psicología social reafirmando más tarde mi posición para convertirme en el defensor de esta nueva disciplina (Moscovici, 2010, p. 308).

Esto lo fui vinculando con mi experiencia de docente y, a la vez, como estudiante del doctorado, lo que me llevó a hacer búsquedas bibliográficas o consultar a expertos en investigación de psicología social vinculados con la práctica de la medicina, a fin de que guiaran mi actuar. El reto resultó importante al pretender explorar las intersubjetividades de los actores en el proceso de la educación médica y delimitar bien el objeto de la investigación. En este sentido, otras lecturas me incentivaron a continuar y reorientar las actividades de investigación como señala Sánchez Puentes:

Al ver problemas, hay asombro por lo que es y cómo está una situación cotidiana en la práctica educativa y, para generar conocimiento hay un camino laborioso, de energía y pasión, disciplina y trabajo. Primero se puede iniciar con lluvia de ideas, identificar puntos de interés, listar las necesidades o carencias que sirven de contexto, que al redactar la situación problemática hay vinculación con los referentes reales empíricos y lo que señala la teoría (Sánchez Puentes, 2004, p. 19).

De esa manera comprendí que para esta investigación, como cualquier otra, es conveniente establecer el rigor y precisión del contenido concreto de la representación que se desea explorar; esto permitirá, a la vez, establecer la dinámica interna y las diferentes modalidades del pensamiento social en el ámbito de la educación médica. Aquí he de mencionar que existió incertidumbre para delimitar el objeto de estudio con precisión, pues en sí, qué quería investigar a pesar de contar con un proyecto tentativo para iniciar el doctorado.

Al ir recopilando información y consultar bibliografía, cada vez me inclinaba más a enfocar la investigación desde la perspectiva teórica de las representaciones sociales (guiado, quizá, por el primer seminario sobre metodología que asistí al Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación (IISUE) de la UNAM). Agrego también que algunas lecturas no fueron motivadoras por estar alejadas de lo que se pretendía investigar, más aún, no encontré datos concretos de la práctica clínica en su vertiente de formación de estudiantes de medicina que estuvieran vinculadas a las representaciones sociales.

Pese a ello, esto no fue motivo para desalentarme en esta tarea como lo mencioné en el capítulo dos, debido a que existen en el terreno profesional de la salud diversas publicaciones que, de cierta manera, se podrían ligar con mi objeto de estudio, como son los estudios de las RS de la población sobre el sida (Silva P. Moreira, Dos Santos, Rodríguez y otros estudios en Brasil, 2012); investigación que hace referencia sobre la locura Jodelet (1989), así como las necesidades de salud y enfermedad de la población con visión interdisciplinar de Oliveira (2011). Y más recientemente, con los trabajos de Domínguez (2012) sobre las RS de estudiantes universitarios de la salud, acerca de los significados que otorgan a la ciencia y a la investigación científica.

También adiciono que por largos períodos estuve desalentado de seguir con esta temática y reorientar el enfoque. Al recordar la pregunta formulada inicialmente, surgió un pensamiento: ¿quiénes estarían dispuestos a proporcionar información para rescatar lo que piensan acerca de la práctica clínica? La respuesta inmediata fue: los estudiantes. Ellos estarían dispuestos a dialogar respecto a su formación, como ya lo venían haciendo conmigo durante las sesiones de clase de Pedagogía, en donde describían sus experiencias.

De la anterior reflexión, se entrecruzó otro pensamiento para enfocarlo como supuesto: los alumnos de este nivel académico aún tienen concepciones acerca del nuevo sentido común de la práctica clínica que recuperan del entorno que les rodea y que captan, de forma espontánea o intencional en cada experiencia. Otorgan significados a los conocimientos que van adquiriendo durante cada ciclo escolar, tanto de los períodos preclínicos de clínicas universitarias, como de módulos de sistemas y de laboratorios en el *campus* de Iztacala; éstas informaciones, proceden del campo disciplinar básico de la medicina. También obtienen información por otros medios masivos de comunicación como Internet o revistas clínicas; todo esto, se fue encuadrando y acercando en relación con lo que me iba informando en torno a la perspectiva teórica de las representaciones sociales.

Siguiendo a Mireles (2008:75) relativo a lo metodológico: “Es a través de la metodología que se conocen las fuentes y herramientas para aproximarse al objeto de estudio; también se devela la tradición científica a las que ellas pertenecen”. Es por ello que se continúa con búsquedas bibliográficas, se asiste a diversos seminarios y eventos de divulgación a fin de conocer de primera mano el mayor número de conceptos sobre el tema de las RS y, de ese modo, tomar posición respecto a la posibilidad de construir o reconstruir el conocimiento.

Por otro lado, la citada autora refiere que el estudio de las representaciones sociales: *El psicoanálisis su imagen y su público*, - de Serge Moscovici (1961), se desarrolló lentamente en otras áreas a partir de su publicación. Hasta la década de los noventa emergió como una opción válida en el campo de la investigación educativa en México. Esto permitió, con menor incertidumbre, seguir este camino difícil de recorrer, a pesar de que en el ámbito de la educación, tanto formal como informal, los discursos de los actores o lo que narran los textos, van construyendo sistemáticamente diferentes objetos de los cuales se habla y guían la actuación. En mi caso, sería investigar las representaciones sociales que elaboran los estudiantes sobre la práctica clínica.

Al continuar, para esta investigación, con mi reflexión sobre lo metodológico, he de comentar que me orientó de cierta manera lo escrito por Moscovici (2011, p. 13), sobre el método en la que enunciaba: “Estoy fundamentalmente en contra de fetichizar un método específico. Hacer del método experimental, o de los métodos no experimentales, una garantía de vía regia para llegar, de esa manera, al conocimiento, es tan pernicioso como cualquier otro fetichismo”.

Así, con el paso del tiempo, al adentrarme en diversos escritos de este autor y de sus seguidores, me di cuenta que, a pesar haber resistencias y discordancias de su teoría, se ha mantenido por ser flexible y compleja a la vez. Al respecto, este autor mencionó que su perspectiva teórica “permanecerá por largo tiempo en cuanto se han sabido aprovechar distinguidos seguidores de las oportunidades que cada método disponible les puede ofrecer”.

Creo que el modo de abordar una investigación resulta un problema personal a medida que uno se va formando y que tiene que ser congruente con el objeto de estudio. Y parafraseando a Moscovici, respecto al contenido de las RS, en su caso del psicoanálisis y en el nuestro la práctica clínica, se ve una señal de cualidad y no de pobreza como otros lo imaginan. Por eso, en el transcurso del tiempo se ha dado un enriquecimiento a su teoría, tanto por él y sus colaboradores cercanos en París, como de múltiples seguidores en otras partes del mundo, tal es el caso de Latinoamérica, donde se encuentran en distintas disciplinas gran cantidad trabajos de investigación de las RS.

Puedo interpretar que Moscovici es un profesional en su campo y auténtico en lo que dice y hace. Reconoce la historia de su desarrollo y el trabajo de sus alumnos y amigos latinoamericanos, como de sus distintos maestros que le transmitieron ideas clásicas sobre la verdad, la confianza y la amistad. También considera a la verdad como un *ethos* (punto de partida) del conocimiento y de su trabajo; de igual manera, acreditó el valor intelectual del conocimiento sin depender en una medida apenas del método, sea cual fuere.

Por lo cual retomo una cita que hace Moscovici de Chomsky (2011, p.14) después de haber leído sus obras, que no tenía que agregar algo más al pensamiento de ese autor, porque había expresado una convicción tan precisa que él, no lo había podido formularlo de manera tan clara: “No hay métodos para un campo del conocimiento que tenga un verdadero contenido intelectual. El objetivo primordial es encontrar la verdad. Se espera de un científico que él descubra nuevos principios, nuevas teorías, nuevos métodos de verificación; eso no se aprende con un método”.

Moscovici se consideró, desde esa posición politeísta y no monoteísta, que su preferencia era con los métodos de observación y análisis cualitativo. Él estaba interesado en observar lo que acontece con un nuevo cuerpo de conocimiento, tal como el psicoanálisis que se expande dentro de la población. Recogió muestras de conocimiento, opiniones y de actitudes de las personas sobre el psicoanálisis y los

psicoanalistas. Este psicólogo social, calificó a sus métodos como convencionales para la época en que realizó su investigación.

Las técnicas actuales más adecuadas para su examen científico, son la investigación que concierne a la población de individuos y el análisis del contenido referente a la población de documentos. Estas técnicas son simples y flexibles, permiten proporcionar resultados válidos acerca de los puntos particulares que nos interesan. (Moscovici, 1979, p. 20).

Según lo comentado por Lagache (1979, p. 5) —en el prefacio de la obra de Moscovici—, la metodología empleada por el autor tuvo una estructura a partir de dos interrogantes: cómo se la representa y modela el gran público y a través de qué caminos se construye la imagen que se tiene de ella. En la primera, la aborda por medio de cuestionarios dirigidos y encuestas a un sector de la población y, para la segunda con un análisis minucioso de los contenidos de la prensa francesa. Continúa diciendo que “los resultados los presentó de forma clara sin repeticiones ni alargamientos dando respuesta a ¿en qué se convierte una disciplina científica en técnica cuando pasa del campo del especialista al camino común?

Las muestras, al principio, representativas no le convencieron a Moscovici, por darse cuenta de que sólo algunas categorías habían estado representadas y dejaban de lado otras; debido a ello formó seis grupos a fin de paliar ese inconveniente. Así que al ir conociendo su metodología, pensé que algo similar se podría hacer aunque en un campo muy reducido y en otra disciplina como la medicina, en específico en la educación médica. Asimismo, recordando lo que él hacía, vi que era factible aplicar cuestionarios y realizar entrevistas para identificar e interpretar las representaciones de los estudiantes sobre a práctica clínica. A partir de ello, tomé pequeños grupos de distintos hospitales como única categoría de diversidad (más el contexto de cada servicio clínico) en donde se desenvuelven los estudiantes.

El autor, Moscovici, usó como población representativa a la población parisina (de la misma manera que se obtiene de cualquier sondeo); población de clase media

subdividida en dos grupos debido a su heterogeneidad de nivel de instrucción, actividades y nivel socioeconómico: (A) el más alto y (B) niveles más bajos; población liberal (médicos, abogados, profesores, eclesiásticos, etc.); población obrera de todas las categorías; población estudiantil universitaria de París; población de escuelas; técnicas de diferentes oficios (de 18-23 años). En nuestra investigación se limitó a tomar grupos homogéneos: estudiantes regulares, que cursaron clínica integral I y II de la generación 2007.

También Moscovici (1979, p. 20) ratificó que se proponía no sólo describir cómo se distribuyen las opiniones, sino también analizar su inserción en el campo psicosocial de la persona y el grupo. Abordó, de manera diferente, las mismas preguntas, unas veces de modo uniforme y otras, libre. Su cuestionario tenía al menos 14 preguntas uniformes para todos, pero debido a que comprobaba que cada grupo posee un universo distinto de opinión, se dio a la tarea de elaborar también diferentes cuestionarios, según fuese la población. Con ello permitió comparar y hacer la exploración específica de opiniones en el tema del psicoanálisis. La población total interrogada fue de 2 265 individuos.

Moscovici empleó cuestionarios semiestructurados, encuestas de opinión y muestras de la información que circulaba en la sociedad tanto de diarios como revistas (230: 110 de París y 120 del interior); hace el análisis del contenido referido al psicoanálisis del período enero 1952 a marzo 1953. Recolectó 1 640 artículos, y explicó que las representaciones están tanto en el mundo como en las mentes, por lo que deben investigarse ambos contextos. Dato interesante es que al emplear el cuaderno cuestionario, combinaba la conversación y el cuestionario.

Con la categorización y temas, dice Lagache (1979, p. 5), le ayudó a abstraer y generalizar, combinando los discursos individualizados. Cuando algunas categorías implicaban cierta dificultad (nivel de información, conocimientos de psicoanálisis o actitud) requirió de escalas e, inclusive, se apoyó en el consenso de jueces. Lo importante es que siempre estaba apelando a encontrar la verdad.

En nuestro caso, los cuestionarios contenían 11 preguntas, que fueron desarrolladas en 3 fases: evocación, jerarquización y justificación. El guión de la entrevista se componía de 11 preguntas, similares al cuestionario y, en algunos casos con cinco subrubros para ampliar las respuestas; estos instrumentos eran los mismos para todos los estudiantes seleccionados. De este lado, los únicos jueces consultados fueron médicos que opinaron en los primeros cuestionarios exploratorios para construir el cuestionario definitivo.

Moscovici construyó modelos teóricos al interesarse en el problema psicológico latente del psicoanálisis, en que los miembros de la sociedad piensan de su experiencia y su conducta. Elaboró un método que ha sido aplicable a otros campos disciplinares, tales como el de la salud (enfermería, psicología o medicina), educación (básica, medio y superior), sociología, etc. Por mi parte, al conocer este cúmulo metodológico, despertó mi interés el poder aplicarlo en mi contexto y diseñar una metodología que me acercaría a la verdad de la práctica clínica. Esto lo describiré más adelante en forma específica, no sin antes mencionar que hubo otros investigadores que aportaron algunas sugerencias para seguir un camino metodológico en la búsqueda, análisis y presentación de la información apropiada, con lo que se pretendía investigar; es decir, que fuera pertinente con el objeto de estudio.

Pérez (2002) refiere que en el estudio de la RS se emplearon diferentes métodos y diversos enfoques sin privilegiar alguno en particular; Por su lado, Gutiérrez y Piña, (2008, p. 35) afirman que en el estudio de las RS hay dos problemas metodológicos: el acopio o recolección de la información, y el análisis posterior. Para la primera, distinguen dos grandes métodos citando y siguiendo a Abric (2001): “Los interrogativos cuya finalidad es recoger la opinión que afecta al objeto de la representación ya sea verbal o figurativa; el segundo, la asociativa que también se centra en una expresión verbal, pero se intenta por parte del investigador que sea menos controlada, más espontánea y auténtica”.

Desde mi entender, con los últimos métodos se da libertad para que en forma espontánea el individuo exponga sus ideas asociando lo primero que le viene en mente ante una palabra-estímulo (en nuestro caso la práctica clínica). Sin embargo, los discursos en sí no constituyen una expresión directa de las representaciones que tienen los sujetos, por lo que corresponde, por mi parte como investigador, elaborar instrumentos para recolectar información pertinente a fin de analizarla y dar una interpretación apropiada.

Siguiendo a Moscovici (1979), al emplear simultáneamente varias técnicas, se requirió de una unificación subyacente y de encontrar unidad para esta investigación; se emplearon dos técnicas, la escrita con cuestionarios, dándole modalidad de asociación libre de palabras, y la oral, cara a cara, usando una guía para las entrevistas individuales.

Asimismo, al retomar conceptos de Jodelet (1986), cuando uno se propone apropiarse de esta forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, orientado hacia la práctica, concurre hacia la reconstrucción de la realidad común social. Esto me motivó a emprender este camino de la investigación educativa en el campo de la medicina en la práctica de la clínica médica, llena de interacciones, representaciones de diversos actores incluidas las realidades de los estudiantes.

En este proceso cualitativo, también se consideró a Pereira de Sá (1998) al recomendar algunas pistas a seguir en lo metodológico:

- Enunciar de manera exacta el objeto de representación.

- Determinar los sujetos en cuyas manifestaciones discursivas y comportamientos se estudiará a la representación.

- Establecer las dimensiones del contexto sociocultural donde se desenvuelven los sujetos, que se tomen en cuenta para conocer apropiadamente la representación.

En las diferentes etapas se realizó un análisis cuidadoso, dado que los componentes semánticos producidos, incluyeron lo cognitivo, simbólico y afectivo, (difícil de interpretar de mi parte por iniciarme en el enfoque cualitativo) organizan un determinado sentido y dirección del pensamiento de cada individuo y, que al llevarlo a la integración grupal de lo que decían o escribieran los estudiantes, se emplearon varios instrumentos desde el enfoque multimetodológico recomendado por Abric (1984).

1. 2 Problema específico de investigación

Es a partir de lo que dicen, piensan creen o suponen los estudiantes sobre lo que es la práctica clínica. Se intentó identificar representaciones sociales a través de la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las representaciones que tienen los estudiantes de medicina de la práctica clínica?

En este sentido, se plantearon los siguientes supuestos de investigación:

1. 3 Supuestos de la investigación

- a) A partir de las RS del nuevo sentido común que adquirieron los estudiantes en la fase preclínica, manifestarán actitudes, comportamientos y prácticas en los servicios del hospital, que sustituirán progresivamente por otras RS organizadas de nuevo sentido común, que ponen en la práctica clínica en los servicios clínicos, interactuando con pacientes guiados por los docentes-tutores.

- b) A mayor participación clínica, dará más atribución el significado correspondiente a su saber y actuación en la práctica clínica, al permitirles crear una imagen e identidad del significado de ser médico clínico.

Se parte del hecho de que las RS tienen un carácter estable y a la vez dinámico, en que se entreteje un pensamiento social constituido en el mundo médico, y lo constituyente lo que cada estudiante va adquiriendo y apropiando para sí en su actuación clínica frente al paciente. En especial con diálogos de lo que le acontece a éste, mismo que le expone a su profesor a través de posibles alternativas de curación.

Entonces busqué explorar ideas que se tienen con respecto a la práctica clínica, de sus relaciones con los otros y del contexto en el cual se actúa; esto me llevó a indagar la reflexión sin prejuicios, además de la complejidad de esta problemática y de dar cuenta a partir de lo que dicen estos estudiantes. Primero con un estudio exploratorio con base en un cuadro de doble entrada en las que describen fortalezas y debilidades de la práctica clínica. A partir de ahí se construyeron cuestionarios (asociación libre de palabras) y un guión para entrevistas individuales (estructurado) con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de esta investigación.

2. Objetivos

Con la anterior pregunta de investigación y los supuestos planteados, se formularon los siguientes objetivos:

- Identificar, interpretar y analizar las representaciones sociales que tienen los estudiantes sobre la práctica clínica médica.
- Reconocer las condiciones que facilitan o dificultan la práctica la clínica, a través de interpretar sus representaciones sociales.

3. Características generales de la población estudiada

Los datos generales previos de los estudiantes a estudiar, se obtuvieron del Departamento de Servicios Escolares en los registros académicos de acreditación con un promedio de calificaciones en ciclo básico preclínico fue de 7.7 con rango de 6.7 a 9.7. Los socioeconómicos se retoman de la colaboración efectuada con Osórnio (2011) sobre el bienestar psicológico de esta población, con los siguientes índices de bienestar: autoconcepto con promedio 68.9; relaciones positivas 66.3 dominio del ambiente 62.9; crecimiento personal 70.8; propósito de vida 71; autoestima 66.6. Todo ello con una sumatoria del bienestar psicológico de 406.

- En sus hábitos de estudio tienen una organización promedio de 11.2; técnicas de estudio 35; motivación para el estudio 14.9; habilidades de estudio 39.4. En tanto, dentro de su ambiente familiar hay una cohesión de 39.8 y un poder de adaptación de 25.7. Su nivel de inteligencia con promedio de IC de 103 con un rango de 72 a 130.
- Los datos anteriores muestran a un grupo de estudiantes clasificados dentro del promedio normal de bienestar psicosocial para estar en la educación superior, con un ambiente familiar funcional y estable. Este apartado omite la descripción a detalle y sólo se pusieron como un referente de ser una población normal.

4. Criterios metodológicos

Los criterios que guiaron la presente investigación fueron:

- a) En cuanto a su nivel, se ubicó en el segundo nivel (interpretación) sin dejar de lado el primer nivel (recuperar el sentido que tiene para los actores la práctica clínica), ya que no basta conocer lo que dicen y hacen los estudiantes en su vida cotidiana sobre la clínica, sino también lo que hacemos como investigadores para interpretar lo que dicen esos actores en la reconstrucción del conocimiento.

- b) La catalogamos como mixto cuali-cuantitativo de acuerdo con lo que señaló Ma. L. Tarrés (2001); dice que lo cualitativo no se contrapone a lo cuantitativo:

En la investigación científica se trabajan siempre con ambas. Si el interés es medir algo, ese algo es una cualidad. El investigador selecciona un objeto de estudio y elige cómo estudiarlo. En las descripciones e interpretaciones de narraciones, así como las circunstancias que distinguen las situaciones y personas, se podrá llegar a buscar repeticiones, representativas de la población, surgirá la necesidad de cuantificar y medir (Tarrés, 2001, p. 13).

Lo etiqueté como cualitativa por hacer señalamientos mediante la perspectiva interpretativa de lo procesual, a través de los discursos de los estudiantes e intenté encontrar el sentido y significado que le dan sobre su experiencia clínica. Siguiendo a Banchs (2000: 1) comprendí que “mediante el enfoque procesual se accede al contenido de las representaciones al recopilar material discursivo en las conversaciones de forma espontánea, de manera directa o inducido mediante entrevistas”, mismas que empleó Moscovici en su obra de las RS que tiene la gente parisina sobre psicoanálisis, y en esta investigación se pretendía ir más allá de lo cuantitativo en un ejercicio interpretativo.

Lo cuantitativo se mezcló con lo cualitativo, cuando se aplicó el cuestionario con asociación libre de palabras para describir sus frecuencias de aparición en la estructura de la representación. Con la complementariedad de rescatar también el contenido del porqué se seleccionaba una respuesta y el motivo de su jerarquización con una doble dimensión: desde lo que los sujetos refieren (palabras) cuantificadas con valores absolutos y proporcionales, y desde mi perspectiva imaginativa para interpretar tales resultados.

- c) La línea de investigación se ubica dentro de la perspectiva teórica de las “representaciones sociales” de Serge Moscovici y sus principales seguidores: (Denise Jodelet; Jean Claude Abric y Ma Auxiliadora Banchs). Ellos me dieron ciertas pistas de cómo abordar el objeto de estudio.

- d) En cuanto a los instrumentos: se ubicaron en la categoría de ser interrogativos (cuestionarios y entrevistas), aunque en un cuestionario (el segundo, anexo 2) se buscó también encontrar el carácter asociativo interpretativo. Para construir este cuestionario, se partió de un primer cuestionario general con estructura de cuadro de doble entrada (anexo 1), como estudio exploratorio para tener una primera aproximación de las RS. Donde los estudiantes, una vez que habían cursado y aprobado su primer año en los hospitales generales del sector salud, expusieran sus opiniones sobre las fortalezas y debilidades de la práctica clínica.

Entonces los cuestionarios tuvieron diferente modalidad en su construcción; al enfatizar que el segundo cuestionario tenía la intención de ubicar el núcleo central, conforme a las técnicas propuestas por (Abric, 2004), ya que dentro de las funciones de las R.S, está la de determinar los comportamientos y las prácticas sociales propias del grupo, a la vez, permite validar las posturas y conductas del propio grupo. Y a partir de los resultados obtenidos del segundo cuestionario de asociación libre, se diseñó el guión para las entrevistas individuales (anexo 3).

- e) Se usó el programa *Excel* para ordenar y organizar las palabras encontradas en esos dos instrumentos, a fin de agruparlas en categorías y darle la justa interpretación de lo que se representan en su organización estructurada.
- f) Finalmente, con la intención de profundizar los datos empíricos y completar la triangulación, se realizó la entrevista individual que se analizó con el programa *Atlas Ti*, del que se hablará a detalle más adelante.

5. Técnicas e instrumentos específicos para recolectar la información

Los cuestionarios: Con respecto a los cuestionarios Piña (2008) ha mencionado que sigue siendo el instrumento más utilizado para el estudio de las RS, y concuerdan con Abric (2001) sobre las razones para explicar su éxito: “Introduce los aspectos

cuantitativos fundamentales del aspecto social de una representación. Su análisis cuantitativo del contenido permite identificar la organización de las respuestas, pone en evidencia los factores discriminantes o explicativos de un grupo poblacional, e identifica los posicionamientos de los actores” (en Gutiérrez y Piña, 2008, pp. 36-37).

Además, al ser estandarizado el cuestionario reduce riesgos subjetivos cuando recaba la información. Hay menor variación de respuestas individuales como los que participan en entrevistas o métodos asociativos. Creí conveniente que al combinar los métodos interrogativos (cuestionario general en cuadro de doble entrada en el estudio exploratorio más el cuestionario con una asociación libre de palabras, se podría tener una mejor interpretación). Si por un lado justificaban del porqué de sus respuestas mediante frases breves y lo que se podría rescatar vinculando las respuestas de la entrevista individual.

En el estudio exploratorio utilicé un cuadro inductor o la tabla de doble entrada, que fue aplicado a 28 estudiantes que habían concluido su primer semestre en el hospital (anexo 1). En este formato abierto de dos columnas con fortalezas y debilidades, se pidió que describieran brevemente sus experiencias acerca de lo que piensan de la práctica clínica, con la finalidad de obtener enunciados generales que dieran pistas de la representación grupal.

Con base en los resultados del estudio exploratorio, se invitó a cuatro profesores de medicina para comentar las respuestas sobre las experiencias de estos alumnos en los hospitales y, así, caracterizar posibles elementos que subyacen en la práctica clínica. Mediante lluvia de ideas y consensos por parte de este personal docente, se hizo un primer listado de 29 tópicos; se depuraron jerárquicamente, hasta llegar a 11, que denominamos elementos posibles de ser investigados: inserción al campo clínico; función del estudiante; procedimientos médicos, habilidades clínicas y destrezas; interacciones estudiante-docente; estudiante-paciente; estudiante-estudiante; estudiante-personal de salud; técnicas didácticas y evaluación.

A partir de lo anterior se diseñó cuestionario de forma semiestructurada (anexo 2), que primero se aplicó a cinco estudiantes, como prueba piloto, para valorar si era claro lo que se quería explorar. Con mínimos ajustes se aplicó a una muestra intencional de la generación 2007 compuesta de 150 estudiantes: 99 mujeres y 51 hombres que cursaron en distintos hospitales del sector salud, el módulo de clínica integral (primer año de clínica integral I y II o semestre V y VI). A cada grupo, como a los alumnos de los mismos, se les seleccionó aleatoriamente sin considerar su género.

Este cuestionario constaba de tres momentos durante su aplicación: primero, determinar la asociación libre de palabras con exposición de la palabra estímulo-práctica clínica (tema central) y un listado vacío para que los participantes escribieran palabras que fueran evocadas para asociarlas a los 11 elementos constitutivos de la clínica arriba señalados.

A cada pregunta se les dio 20 segundos, y así sucesivamente. Una vez concluido el llenado del listado de las categorías mencionadas, en un segundo momento se les pidió jerarquizar en una escala de 1 al 5 los términos que mejor definieran la palabra estímulo, con el número 5 el de mayor importancia y 1 al que consideran como menor peso de relevancia (situación a la inversa de lo que se está acostumbrado a jerarquizar, con el propósito de centrar la atención de la respuesta y, al mismo tiempo, para su análisis estadístico, a fin de determinar el núcleo central).

Concluidas las respuestas, se les pidió regresar de nuevo al cuestionario para el tercer momento, con la finalidad de que describieran brevemente, en no más de tres renglones con letra legible, el porqué de sus respuestas y puntuaciones asignadas, para ampliar el conocimiento de las palabras asentadas.

Esta modalidad, que se empleó del cuestionario con asociación libre de palabras, orientaría a develar los elementos estructurales de la objetivación de la representación social, cuyos elementos, quizá, no se hubieran manifestado durante el transcurso de una discusión grupal, como lo ha mencionado Abric (2001, p. 59): “La

asociación libre permite actualizar elementos implícitos o latentes que serían ahogados o enmascarados en las producciones discursivas”.

La tesis fundamental de lo estructural es la existencia de una(as), o palabra(s), central(es) que determina la permanencia o modificación de toda representación. Este planteamiento es relevante, ya que se diferencia con y entre los elementos periféricos que dan la definición y sentido de la representación. Con la parte central depende su existencia de la representación, es la parte estable y una representación cambiará a medida que se modifique o desaparezca el núcleo central. Sin embargo, los elementos periféricos pueden variar con el tiempo por ser más flexibles.

Por lo anterior, este cuestionario busca reconocer la estructura de la representación y descubrir el núcleo central, con la posibilidad de establecer en el futuro, estrategias para modificar representaciones sociales relacionadas con distintas prácticas sociales, como la práctica clínica médica (las figuras de sus representaciones se presentarán en el apartado de resultados). Al identificar los elementos estructurales, a la vez que conozco las características de comportamiento que son relevantes de la representación de los estudiantes. Por lo tanto se puede decir que sus representaciones, reflejan, consolidan y actualizan las prácticas sociales de estos grupos estudiados.

Se complementó el acopio de la información mediante entrevista individual a la muestra intencional de 30 estudiantes que previamente contestaron el cuestionario. Su finalidad era reinterpretar la parte estructural obtenida y, al mismo tiempo, aproximarme a detalle sobre los primeros indicios de lo procesual dados en las parte complementaria del cuestionario donde justificaron brevemente sus respuestas. Con esto pensé que se definiría mejor la representación social que tienen los estudiantes de la práctica clínica. Más aún con lo señalado por el doctor. Piña me alentó su realización:

La entrevista en profundidad, continúa siendo, hasta la fecha, un método indispensable para el estudio de las RS. Esta técnica se traduce en la producción del discurso y aquí se expresan de manera compleja las RS. Expresan pensamientos, toma de posición señalando pros y contras de una pregunta detonadora..., en la producción discursiva específica es difícil distinguir aquello que se deriva del contexto y lo que se deriva de la opinión, incluye la actitud que puede tener estabilidad (Gutiérrez y Piña, 2008:36).

Por su parte, Vela Peón (2001, p. 90) menciona que la entrevista cualitativa “es una técnica para acceder a la realidad social y analizarla”; además, pone énfasis en el conocimiento de las experiencias, los sentimientos y significados, así como sobre los fenómenos sociales que tienen para los entrevistados; en sí, es una estrategia para la generación de conocimientos de la vida social. En cambio, en la entrevista cuantitativa, su propósito “es la construcción objetiva de indicadores y la generalización de resultados de una población”.

También, conforme lo planteado por Sánchez Puentes (2004, p. 116) referente a la utilización de instrumentos apropiados, dice: “Esto conlleva hacia el fin de elevar la calidad de los aprendizajes”. Por lo que, más o menos, en esas palabras se les explicó a los estudiantes para efectuar las entrevistas en la parte introductoria, que con sus datos aportados se analizarían en forma grupal y no de manera individual.

Estas entrevistas contenían 11 preguntas similares al cuestionario que, para ampliar las dimensiones de las representaciones, se complementó con otras tres. La duración promedio de las entrevistas fue de 90 minutos, se dio de 3 a 6 minutos por cada pregunta. Cuando repetía sus enunciados se le encauzaba prudentemente. Se recolectó la información mediante grabadora digital. En esta etapa, con la entrevista individual, se narraron al detalle cada uno de los criterios manifestados anteriormente.

La participación de estudiantes de esta muestra fue de manera voluntaria y anónima, ya que previamente se les informó del propósito de la investigación y, además, se les invitó a la presentación de los resultados. Esto tomando en cuenta los valores éticos

del consentimiento del informado que permite asumir una corresponsabilidad de realizar investigación educativa.

Ya realizadas todas las entrevistas, se transcribieron posteriormente sus respuestas mediante el programa de Word 2007. Para su análisis se empleó la metodología cualitativa, con la ayuda del programa *Atlas Ti*.

6. Análisis de la información

Se tuvieron diferentes momentos para cada instrumento aplicado:

Para el primer instrumento exploratorio, principalmente cuantitativo, los datos fueron puestos en hoja *Excel*. Las palabras se aglutinaron por similitud y se sacaron frecuencias para determinar sus pesos absolutos, a más de correlacionar aquellos vinculados con la práctica clínica. De esta manera se obtuvieron categorías principales para construir el segundo cuestionario semiestructurado (asociación libre de palabras).

En el segundo cuestionario, siguiendo a Banchs (2000) y Abric (1984) se analizaron las múltiples variables que permitieron ver la organización y estructura de la RS. De cada palabra emitida por el estudiante, al transcribirla se hizo una transferencia al infinitivo y se buscó un posible sinónimo. Fueron colocadas de mayor a menor frecuencia en programa *Excel* (se hizo a la inversa para determinar gráficamente el núcleo central). Asimismo, se cuantificaron todas las palabras y se agruparon en categorías preliminares para cada uno de los elementos explorados; se dio una interpretación de cómo se ubicarían en tal o cual porcentaje. La descripción fue de lo general a lo particular y por categoría analizada.

En el cuestionario, al contener frases breves, se transcribió lo que pusieron en los reglones o líneas en blanco del porqué habían asignado un determinado valor numérico en cada respuesta. Se subrayó lo que se consideró pertinente y también se

agruparon por categorías similares de interpretación. También, se buscó encontrar conceptos coincidentes o discrepantes, y por último, se estableció la posible relación de respuestas anteriores dadas en la asociación libre de palabras y la justificación emitida por el estudiante.

Para las entrevistas, se llevó a cabo una transcripción de las grabaciones y de los textos se hizo una lectura detenida para identificar conceptos importantes; igualmente, se subrayaron las palabras o frases de las respuestas dadas de cada entrevista (pregunta por pregunta). Se fueron clasificando en categorías iniciales por semejanzas conceptuales (Abric, 1984). Para el análisis se inició de forma tradicional una forma similar a la inductiva de Glasser y Strauss (1967), pero ahora auxiliados con el programa *Atlas ti*, el cual hace una interpretación general y su posible explicación, ejemplificando con pequeños fragmentos del discurso del alumno, considerado como representativo.

Las palabras o frases que en la entrevista, se identificaron fueron los referidos a fenómenos, hechos o eventos. Se codificó con una clasificación o agrupación de palabras, y se intentó distinguir algunas propiedades como atributos o características de la categoría, a fin de encontrar sensibilidad teórica para atribuir un sentido a los datos separando lo pertinente de aquello que no lo es pertinente.

Los pasos de esta metodología empleada se dieron de la siguiente manera: se transcribieron las entrevistas en una unidad hermenéutica; después, se fue subrayando el texto de las palabras consideradas como importantes o frases; luego, se comparó y aglutinó en una codificación como primeras categorías, que ya desde este inicio, se fue dando la interpretación. Lo que llama Soneira, como codificación abierta: “Proveniente tanto de los expresiones de los actores entrevistados como de formación del investigador” (Soneira, 1998, p. 156). A continuación, al comparar las entrevistas se obtuvieron categorías mejor especificadas, y recordando la teoría de las RS permitió hacer una adecuada comparación elaborando notas u observaciones para su posterior rescate.

Así, a partir de similitudes o diferencias se pudo ir delimitando lo que subyace en las categorías, propiedades y la posibilidad de contrastación. Con el entusiasmo de formular categorías me encontré que había recabado una multitud de ellas, lo que obligó a la reducción de las mismas, intentando agruparlas de manera más o menos lógica. Esto las dejó a nivel conceptual abstracta general (actitud en la inserción hospitalaria, procedimientos médicos, funciones, interrelaciones, habilidades y destrezas en la práctica clínica, actitudes del trato, etcétera).

Hubo momentos en que este proceso llegó a la saturación porque se repetía lo ya categorizado. Este fenómeno lo encontramos tanto en la descripción de frases cortas, como en las ejemplificaciones hechas en el programa del *Atlas ti*. Con esta forma de analizar los datos, se intentó comprender lo que está pasando por las mentes de los estudiantes y en las situaciones reales de su práctica y cómo manejan sus roles, así como de los demás actores que participan en el proceso de atención médica. De esta manera, se pudo establecer las conexiones propicias para entender el contexto, las interacciones, estrategias de acción al realizar procedimientos médicos, así como sus consecuencias de realizarlas o no.

Con el análisis del programa *Atlas Ti* se integraron categorías de manera multifuncional y multivariado. Y para dar una idea general de este programa, sólo mencionaré dos nociones básicas de lo que es y para que me sirvió el programa. El *Atlas ti*, según Muñoz (2005), es una herramienta informática cuyo objetivo consiste en facilitar el análisis cualitativo de grandes volúmenes de datos textuales, a fin de interpretar de manera ágil el análisis cualitativo y su interpretación. Primero se hace segmentación del texto de conceptos relevantes, frases cortas, que posteriormente sirven de citas. En seguida, se lleva a cabo una codificación, ya que es conveniente hacer comentarios para recordar qué significa los códigos.

Esta fase es lo que se llama el nivel textual y da paso para continuar al nivel conceptual en donde se establecen las relaciones entre elementos, además de que se agrupan en familias cuando se detecta algo común que las une. Después, con estas

familias se crean las redes de trabajo de manera sintetizada trasladadas a su representación gráfica. A partir de aquí se establece la descripción de sus asociaciones conceptuales dando sentido a aquello que se va encontrando. Finalmente, como complemento, se agregan pequeños textos de las frases o conceptos seleccionados previamente para ejemplificar.

La utilidad de esta herramienta informática es que permite, entre otras cosas, integrar la información de que se dispone (datos, fichas, anotaciones); en seguida se organiza para su recuperación. Se termina, en mi caso, con la elaboración de modelos o redes de trabajo. Al respecto, se ha de mencionar que en este laborioso trabajo de análisis se confirma a lo que dice el autor, del ir y venir de manera constante de lo textual a lo conceptual.

Con el empleo de estos instrumentos para recabar la información, se consideró lo que expuso Moscovici para efectuar el análisis, en que se codifican y se siguen categorías o ciertos temas que permiten captar su relación y representación estadística. Este autor le dio más importancia a las entrevistas libres que al cuestionario. Sobre este punto mencionó:

En la codificación centrada en el grupo, tiende a definir las modalidades de expresión del grupo respecto al objeto dado. El objeto es pensado en términos abstractos o concretos, el grupo tiene una imagen real de él o una imagen ideal y la codificación centrada en el contenido, ésta orienta en la separación de los temas más frecuentes que se presentan a propósito de nuestro problema (Moscovici, 1979, p. 21).

Con este análisis también se buscó captar la profundidad del discurso como lo refiere (Jodelet, 1989), al señalar que se establece un enlace entre cognición y comunicación, de operaciones lingüísticas y mentales, entre información y significados. Además, se identifica el proceso cognitivo mental e individual del estudiante, que en su conjunto grupal, da idea del proceso de interacción de los actores dentro del contexto hospitalario donde se practica la clínica médica.

Por su lado Banchs (2000, pp. 3-6), al comentar que “para acceder al conocimiento de las RS, un acceso útil es emplear las entrevistas para el enfoque procesual”. Al respecto considero que al, emplear la entrevista cara a cara con los estudiantes, además de haber interactuado con ellos en ciclos clínicos previos, pude entender a la persona expresando sus experiencias, dando algún sentido y significación de lo que narraba en su vida hospitalaria. Esta autora también señala que “al analizar los datos de manera cualitativa, requiere de triangulación con diferentes técnicas para garantizar la confiabilidad de la interpretación”.

Con la metodología plurimetodológica recomendada por Moscovici (1979) y Abric (2004) al seleccionar y utilizar las técnicas de recolección de la información (cuestionarios y entrevistas), además de su análisis e interpretación, me permitió conocer el esquema figurativo, el campo de representación y el conjunto de informaciones que componen las determinadas categorías construidas.

Con ello, se pretendió establecer triangulación al buscar congruencias o diferencias en los resultados de los distintos instrumentos empleados, es decir, analizar puntualmente sus discursos sobre lo que decían los estudiantes, entendiendo a éstos, como seres humanos productores de sentidos en la interacción social de la práctica médica.

Sin tratar establecer una verdadera teoría, se buscó encontrar congruencia con la teoría del núcleo central de Abric (2004), así como cierta vinculación con algunos autores que han escrito sobre las representaciones sociales, tanto en ámbito social, como en el educativo, e indirectamente con la teoría clínica aplicada en al medicina.

V. RESULTADOS.

1. El estudio exploratorio

Como se mencionó en el apartado de metodología, a 28 estudiantes con el criterio de haber acreditado clínica integral 1 y 2 (ciclos V- VI), se les solicitó que contestaran brevemente en el cuadro de doble entrada y describieran de igual forma las debilidades y fortalezas del campo clínico (anexo 1).

Se obtuvieron en esta fase 856 palabras aglutinadas por semejanza conceptual provenientes de 322 enunciados (de 10 a 12 por estudiante). Con el total de palabras se obtuvieron las primeras categorías generales (practicar, aprender, interés, responsabilidad, funciones, estudiar, realizar, habilidades, procedimientos, técnicas, curaciones, arribo al hospital, ingreso al servicio, relaciones con pacientes, docentes y personal, exponer, supervisión, dinámica, aburrida, habilidad, destreza, etcétera).

Estas palabras se fueron depurando por similitud para posteriormente vincularlas de manera directa con la práctica clínica. Al final se obtuvieron 11 categorías, (teniendo cuidado de que englobaran al mayor número de palabras identificadas). Con estos resultados se tuvo una idea aproximada de la experiencia de los estudiantes en los servicios clínicos que, llevados a un referente empírico de dichas categorías seleccionadas (denominamos como elementos de la representación de la práctica clínica), ampliaron la visión de la práctica real de los estudiantes a través de los pensamientos expresados con métodos interrogativos (cuestionario y entrevistas).

Entonces, fue a partir del estudio exploratorio que se orientó la construcción del cuestionario (anexo 2), con la intención de rescatar un mayor número diferentes evocaciones a partir de su experiencia (asociación libre de palabras con la pregunta disparadora [práctica clínica], y asociarlas con las once categorías establecidas).

2. Lo que el cuestionario aportó como información de las RS de los estudiantes sobre la práctica clínica

Aquí quisiera señalar que el objeto de estudio de las RS de los estudiantes sobre la práctica clínica, se encuentra inserto en el contexto social de la atención médica de los servicios clínicos de diferentes hospitales del sector salud mediada por la comunicación, en este caso con los docentes, pacientes y personal de salud. También están presentes contenidos representativos del pensamiento constituido (representaciones sociales) de sus contrapartes, de las que, a los estudiantes les corresponde adherirse o reelaborar a medida que van aprendiendo durante su práctica clínica.

En este sentido, mostramos los siguientes resultados de las palabras asociadas sobre lo que opinan y piensan de su experiencia. Las palabras identificadas se analizaron de dos formas, una descripción general con dos subgrupos de análisis:

A. La primera, con un corte mayor a 100 de respuestas absolutas aglutinadas y menores a este corte. Para algunas palabras en este nivel menores a 100, se rescatan estableciendo nuevas categorías por considerarlas que tienen una relación directa con la actividad clínica.

B. La segunda forma, es el análisis por separado de cada categoría explorada, con la intención de que el lector pudiera darse cuenta de cómo se representan a la práctica clínica estos estudiantes de medicina, una vez abocada de forma espontánea y particular de cada pregunta que contenía el cuestionario.

El análisis efectuado primordialmente fue con base en la teoría del núcleo central de Abric y de los conceptos periféricos de Flament. Para cada una de las gráficas se describe de derecha a izquierda conforme a las manecillas del reloj y en relación con su mayor porcentaje; sin embargo para otras es en sentido inverso, ya que su mayor

proporción se encuentran de izquierda a derecha. También en algunos momentos para distinguir las palabras relevantes de la representación que subrayamos.

2.1 Descripción general.

Al analizar las diferentes palabras sobre lo que significa la práctica clínica, se agruparon en un primer momento en tres categorías generales de acuerdo con la frecuencia de las respuestas, como se ve en la figura 1:

Actividad clínica en función de su rol de estudiante. Las palabras de mayor proporción fueron (aprender, practicar) que junto con las palabras (ayudar y respetar) dan un 52.67 % en el corte de mayor a 100 de palabras identificadas y representan el 62 %, agregando las palabras del corte menor a 100. Pienso que la evocación espontánea de estas palabras, representa la esencia de la actividad en la práctica clínica en donde los actores interactúan.

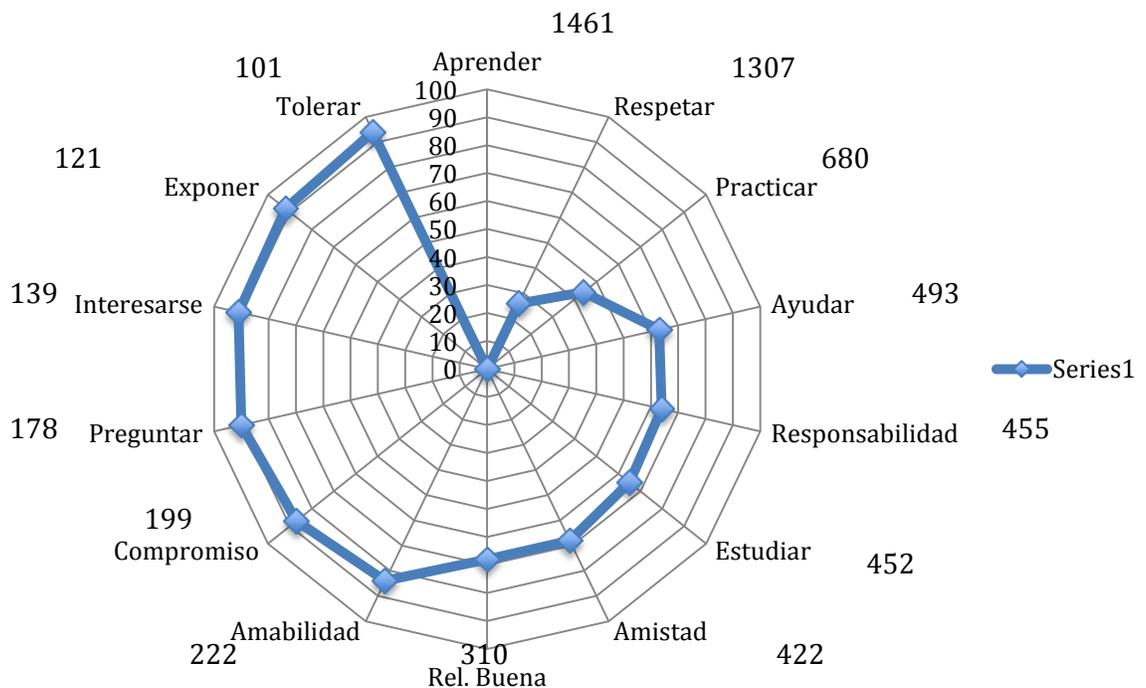
Al vincularlas desde la perspectiva del núcleo central de Abric (1984), este mayor número de palabras ubicadas en el centro de la grafica, las tomé en cuenta como la parte estructural de la representación; esto podría significar a la vez que los estudiantes las conciben como imágenes o actividades a realizarse en espacios de aprendizaje significativo en los servicios clínicos; además de considerar que aprenden la clínica a través de la práctica

Identidad como estudiante, dado su momento histórico, las siguientes palabras ubicadas en un campo o zona intermedios (estudiar, ayudar), aunado a la responsabilidad, dan un 28%. Creo que con estas representaciones van conformando una identidad de participación colaborativa (aprender-haciendo). El ayudar a los profesores y observar lo que hacen, así como escucharles decir que aun cuando se ven obligados a estudiar consideran esto como fuente de conocimiento y, en consecuencia, de mayor responsabilidad.

Este término puede ser visto como concepto ético que refleja una de tantas características del actuar del médico y que, aunados a otros elementos de menor porcentaje (descrito a continuación), integran un núcleo que denominamos: valores profesionales en proceso de consolidación en la vida cotidiana de la práctica clínica. Se puede observar también en las tablas correspondientes.

Valor de sí mismo en el actuar médico con el 10% en la parte periférica (compromiso de interesarse para realizar procedimientos médicos y con el tiempo llegar a formular diagnósticos correctos, son elementos presentes en el proceso de interacción de la atención médica, de esa manera aparecen también palabras tales como preguntar, exponer, relación buena, amabilidad, tolerar. Esta serie de palabras se relaciona con actitudes favorables para compartir con personas de experiencia que trabajan en el ambiente hospitalario (docentes y personal profesional).

Grafica 1. Palabras identificadas a un corte por arriba de 100 constitutivos de las Representaciones Sociales de los estudiantes sobre la práctica clínica.



Estructuralmente, unas palabras se alteraron ligeramente de posición del centro a la parte intermedia, pero en su conjunto las consideré como parte central del sistema, que de acuerdo con Abric (2004, p. 26) este sistema es esencialmente social, relacionado a las condiciones históricas y sociológicas de la prácticas; asociado directamente a los valores y normas dentro de cuales se construye la representación.

Es evidente que en las funciones de las representaciones se encuentra la constitución de un nuevo saber de sentido común, en que la ciencia médica permea la mente de los estudiantes y, paulatinamente, van reeleborando mediante la práctica. Conforme con lo que dice Abric (2004, p. 28): “La función de orientación de las conductas y comportamientos, está determinado directamente por los cuatro componentes de su representación en la situación en que vive y de acuerdo con sus circunstancias, finalidad y su contexto que le asignan significatividad”.

En este sentido también se analizaron los resultados del cuestionario a partir del enfoque de las prácticas; Abric marca el interés de una de las funciones de las RS, la de orientación de conductas y comportamientos (representación que se tiene de la tarea, la relación con los otros, de sí mismo y del contexto, en las que se observan en las tablas (1-4).

1. Representación de la tarea (tabla núm. 1). Se identificaron 3 587 palabras, con un porcentaje que representa casi la mitad de todas las palabras enunciadas por los estudiantes en relación con la práctica clínica. Coincide con la representación gráfica anteriormente mencionada. Recobra su importancia al incorporarle otras palabras que están presentes en la zona periférica menores a 100, pero que se hallan directamente relacionadas con la práctica clínica, tales como la representación de los procedimientos médicos (tabla 1b) 185 palabras (20.62 %) y procedimientos quirúrgicos (tabla 1c) con 176 palabras (19.62 %). Todas juntas representan un 49.22% de todas las representaciones de esta categoría.

En cuanto a los procedimientos médicos, se encuentran muy relacionados con la elaboración de historias clínicas; al respecto se dice que es la oportunidad que tienen ellos para llevar a cabo una práctica que genere aprendizaje y, a la vez, les ha resultado interesante. Por su parte, ellos asumen tener responsabilidad e imaginación a fin de practicarla en sus futuras acciones; sin embargo, para integrar un diagnóstico, reconocen estar también limitados, por lo que se requiere estudiar responsablemente, manejar procedimientos y diversas técnicas en forma continua, y en el futuro inmediato, integrar un núcleo de valores profesionales en proceso de consolidación en la vida cotidiana. Es así que sus representaciones de la práctica clínica en la vida cotidiana van consolidando su identidad y se reflejan una imagen de su ulterior profesión.

Tabla 1. R. S. de la práctica clínica vinculada con la tarea

CATEGORÍA:	No DE PALABRAS	Porcentaje en relación con todas las palabras identificadas (8717)	Porcentaje en relación con el corte X encima de 100 (7124)
REPRESENTACIÓN DE LA TAREA	TOTAL : 3587	41.14%	50.35 %
Aprender	1461	16.76%	20.50 %
Practicar	680	7.80%	9.54 %
Ayudar	493	5.65%	6.92 %
Estudiar	452	5.2 %	6.34 %
Examen	196	2.27 %	2.75 %
Preguntar	178	2.6 %	2.49 %
Exponer	127	1.54 %	1.78 %

Para los procedimientos quirúrgicos, realizan operaciones sencillas, con la supervisión de internos de pregrado. Principalmente ayudan, observan y a medida que les es extraño preguntan para encontrar sentido y significatividad de los procedimientos que están realizando junto con internos o médicos tutores.

Tabla 1b. R.S. de la práctica clínica relacionada con procedimientos médicos.

CATEGORÍA:	NÚM. DE PALABRAS	Porcentaje en relación con todas las palabras identificadas (8717)	Porcentaje en relación con el corte X abajo de 100 (897)
REPRESENTACIÓN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	TOTAL : 185	2.12 %	20.62 %
Interrogar	94	1.07 %	10.47 %
explorar	51	0.58 %	5.68 %
Diagnosticar	40	0.45 %	4.45 %

Tabla 1c. RS de la práctica clínica relacionadas con los procedimientos quirúrgicos.

	No DE PALABRAS	Porcentaje en relación con todas las palabras identificadas (8717)	Porcentaje en relación con el corte X abajo de 100 (897)
REPRESENTACIÓN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	TOTAL : 176	2.01 %	19.62 %
Cirugía	43	0.49 %	4.79 %
Técnicas	34	0.39 %	3.79 %
Procedimientos	33	0.37 %	3.67 %
Suturar	24	0.27 %	2.67 %
Cateterizar	24	0.27 %	2.67 %
Sondear	18	0.22 %	2.00 %

2. En la relación con la representación de los otros Tabla 2, se menciona que en el proceso de la atención médica y el de la educación para el aprendizaje de la clínica, se encuentran presentes un sinnúmero de representaciones producto de la interacción social. Expresan con un importante porcentaje tanto del corte por arriba de 100 de 37 %, como al comparado con el total de las palabras identificadas 31.47%. Tales

estudiantes dan un valor a la interacción humana con un sentido ético, ya sea mediado por la tradición de lo que ha representado en la historia social de la profesión médica, o por estar frente al paciente que atiende en el servicio clínico.

3. Representaciones de sí y consigo mismo con actitudes favorables para la práctica clínica de y entre humanos. Esto necesariamente conforma la identidad y formas de actuar tanto en el presente como en el futuro. Si bien las RS se van transformando con la experiencia clínica, lo importante es señalar con lo aquí hemos encontrado tal como se observa en la tabla 3, que en este nivel de su formación (mitad de la carrera) han elaborado una serie; aparecieron palabras de responsabilidad, compromiso e interesarse. El porcentaje es bajo relacionado con el resto de las representaciones totales con un 9.9 % y sube un poco en el corte por arriba de 100 con un 11.13 %; pero creemos, desde nuestra representación como médico y docente de la práctica clínica, que en el futuro lo más probable es que se consolide este núcleo figurativo.

Tabla 2. Las RS de la práctica clínica vinculadas con la relación de los otros.

CATEGORÍA:	No DE PALABRAS	Porcentaje en relación con todas las palabras identificadas (8717)	Porcentaje en relación con el corte X encima de 100 (7124)
REPRESENTACIÓN DE SU RELACIÓN CON LOS OTROS	TOTAL : 2744	31.47 %	37.33 %
Respeto	1307	14.99 %	18.34 %
Amistad	422	4.84 %	5.92 %
Relación Buena	310	3.55 %	4.35 %
Confiar	247	2.83 %	3.46 %
Amabilidad	222	2.54 %	3.11 %
Empatía	135	1.54 %	1.89 %
Tolerar	101	1.15 %	1.41 %

Tabla 3. Las RS de la práctica clínica vinculadas con el valor de sí mismo

CATEGORÍA:	No DE PALABRAS	Porcentaje en relación con todas las palabras identificadas (8717)	Porcentaje en relación con el corte X encima de 100 (7124)
REPRESENTACIÓN VALOR CONSIGO MISMO	TOTAL : 793	9.09 %	11.13 %
Responsabilidad	455	5.21 %	6.38 %
Compromiso	199	2.28 %	2.79 %
Interesarse	139	1.59 %	1.95 %

4. En lo relacionado con el contexto (tabla 4) se identificaron 313 palabras, representando bajos porcentajes de acuerdo con la totalidad de representaciones vinculadas con la práctica clínica; no así, con el corte menores a 100 en que se ubican las representaciones periféricas. Por su nivel académico consideran al contexto un tanto alejados o ajenos a ellos (hospital-servicios de especialidad), aunque les resulta interesante estar cotidianamente en ellos. Asignan como causa de no poder practicar como ellos quisieran, por el tipo de servicio clínico y su nivel de estudiante.

Esto podría ser similar a lo que Moscovici (1979, pp. 57-58) señala, “No se juzga al objeto mismo en función de un criterio de orden general, sino más bien en función de la relación que se tiene con él.” Y por número de actividades reducidas que pueden realizar, también reconocen que aún tienen deficiencias que han de superar. Lo que puede ser una imagen desfavorable hacia los servicios y su falta de práctica, están presentes otros componentes: actitud, desconocimientos de lo procedimental, o de conocimientos deficientes de patología; en si hay una pluralidad de causas.

Tabla 4. Las RS de la práctica clínica relacionadas con el contexto

CATEGORÍA:	No DE PALABRAS	Porcentaje en relación con todas las palabras identificadas (8717)	Porcentaje en relación con la corte X abajo de 100 (897)
REPRESENTACIÓN DEL CONTEXTO DE PRÁCTICA CLÍNICA	TOTAL : 313	3.59 %	34.89 %
PACIENTE	93	1.06 %	10.36 %
COMPETENCIA	80	0.91 %	8.91 %
HOSPITAL	50	0.57 %	5.57 %
SERVICIOS	40	0.45 %	4.45 %
CASOS CLÍNICOS	32	0.36 %	3.56 %
CURAR	18	0.20 %	2.00 %

Se omitieron otras 696 palabras (tabla 5), que representaron el 7.8 % del total de las palabras. Pero su porcentaje es muy alto respecto a las que se encontraron por abajo del corte 100; son muy alejadas de la periferia, palabras aisladas o que no tenían una relación con la práctica clínica.

Tabla 5. Las palabras sin relación con la práctica clínica.

CATEGORÍA:	No DE PALABRAS	Porcentaje en relación con todas las palabras identificadas (8717)	Porcentaje en relación con el corte X abajo de 100 (897)
REPRESENTACION SIN RELACIÓN CON LA PRÁCTICA CLÍNICA	TOTAL : 696	7.98 %	77.59 % %

Ahora resulta conveniente detenernos a reflexionar a partir de los resultados de la práctica clínica, tanto el de la tarea, como el de la interacción con los otros y el contexto, ya que al decir de Abric (2004, pp. 195-98): “Las prácticas son sistemas de acción socialmente estructuradas e instituidas, en relación con los papeles”, se puede agregar que también los actores se desempeñan en un ambiente social determinado.

Ante la polémica que marca el autor, surgen las preguntas: ¿Las prácticas determinan las RS o sucede a la inversa? ¿Ambas están ligadas indisociablemente y son interdependientes? Para la primera interrogante, el autor señala que las conductas de los individuos resultan del marco institucional, del contorno social; son las prácticas que los sujetos aceptan realizar durante su existencia cotidiana y que modelan y determinan su sistema de representación.

Dicha representación es generada por un proceso de racionalización que no se refiere a un saber ni a creencias, sino que resulta de las condiciones objetivas. En un proceso de adaptación cognitiva de las RS para la producción obligada de la conducta, en que las relaciones instituidas exigen a los individuos en la vida cotidiana, por lo que concluye que las prácticas son las que crean las representaciones y no a la inversa.

Al respecto, pienso que más bien están ligadas y son interdependientes, ya que Moscovici fue el primero en mencionar que las RS predicen las conductas y acciones, que están marcadas por un proceso sociohistórico; es decir, hay un factor cultural, idea de la cual Abric retoma con las matrices culturales de interpretación de Grize (matrices de conocimiento y comportamiento anclados en la memoria colectiva transmitida por diversos mecanismos). Estas matrices son modos de interpretación de la práctica que tiene los estudiantes que aunado a los sistemas de normas y valores le asignan significatividad a la práctica clínica en la profesión médica.

Cabe mencionar que con la actividad del sujeto le permite organizar sus experiencias subjetivas en una realidad objetiva; dan forma y estructuran las RS en el proceso de la interacción social. Las representaciones son acciones sobre la realidad, y pueden estar en el origen de la práctica, entonces son interdependientes.

Al ir analizando por bloques los elementos que conforman las RS que tiene los estudiantes de la práctica clínica, no se descuido retomar aún las de menor frecuencia, pero sí, que formaran parte de la representación, máxime que a partir de una observación fundamental que menciona Abric (2004: 22) es que un objeto para que sea objeto de representación “es necesario que los elementos organizadores de su representación formen parte o estén directamente asociados con el objeto mismo”. Y todos estos elementos que se seleccionaron de la parte central, intermedia y los de la periferia, en mayor o menor cuantía, están relacionados con la práctica clínica médica.

2.2 Descripción de manera específica o separada de elementos de la representación (categorías) que conforman la práctica clínica.

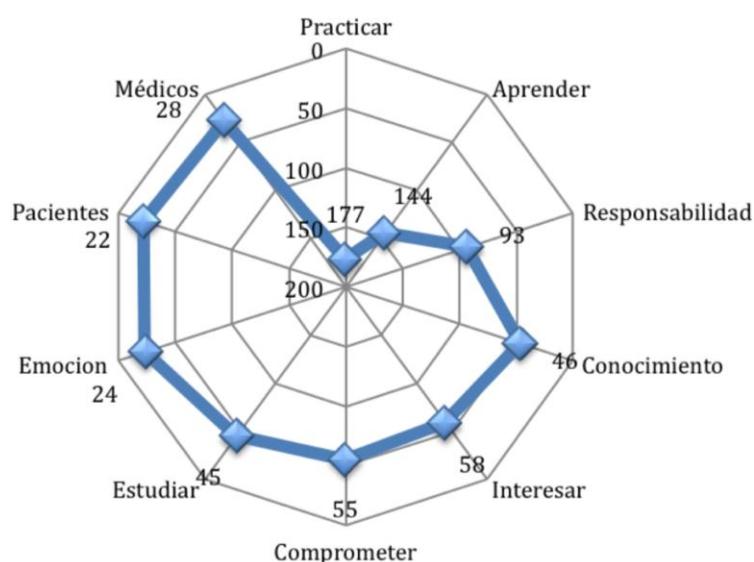
Iniciamos la descripción del elemento de la representación en cursivas y entre comillas. Se remite a ver la gráfica correspondiente para omitir en el texto los porcentajes encontrados, al tiempo que vamos hilando interpretaciones breves con el subrayando de cada subcategoría o RS particular:

“Inserción en los Hospitales” (Gráfica 1) como representación social de su experiencia clínica, contiene una palabra dominante que es *practicar*, y otra próxima que es *aprender*, aquí las consideramos como centrales. Esto podría significar que las conciben, principalmente, como imágenes o actividades por realizar en un espacio de aprendizaje significativo como son los servicios clínicos del hospital. Una palabra intermedia es la de *responsabilidad*, vista ésta como implicación ética que refleja una de tantas características del actuar del médico y que, aunados al conjunto de palabras que se van alejando hacia a la periferia: el *interesarse*, *comprometerse*, *conocimiento* y *estudiar*, integran un núcleo de valores profesionales en proceso de consolidación en la vida cotidiana.

Los médicos, *pacientes* y *emoción* es una triada de palabras que consolidan de cierta manera los valores y sentimientos del quehacer humano. Éstas, aunque se encuentran

en la periferia, no les restaron importancia para estar integradas como un todo, sobre la representación de la clínica relacionada al incorporarse a un hospital. Los estudiantes expresaron un gusto por la nueva situación clínica dentro del hospital y a al vez les representó un espacio de aprendizaje y no necesariamente un espacio estructural institucional contextual que lo ven algo alejado como se vio en la tabla 5.

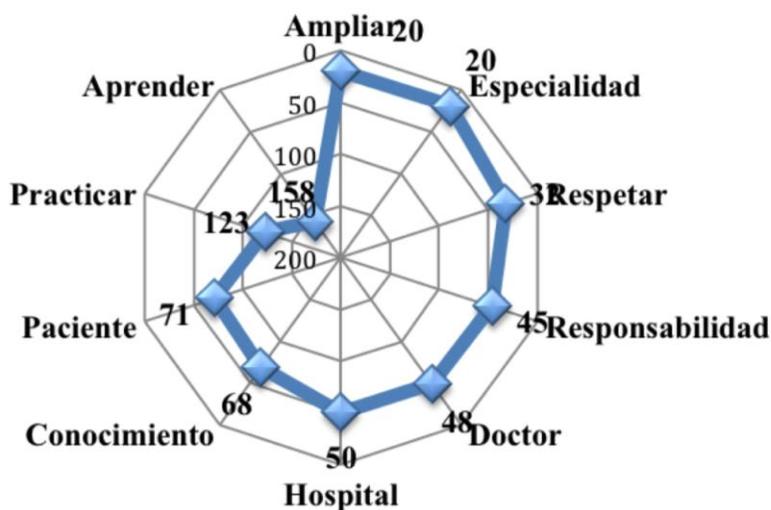
Gráfica 1. Inserción en los hospitales



Ya ubicados en el servicio del “Campo Clínico” (gráfica 2), en la parte central hay dos palabras de mayor proporción: *aprender* y *practicar*. Lo importante del campo clínico para estos estudiantes, es aprender a través de la práctica, como se mencionó líneas arriba. Los conceptos en un campo intermedio, se encuentra el *paciente* como fuente de *conocimiento*. Las palabras más alejadas en la zona de la periferia se aprecian un consenso reducido en el grupo, dados los bajos porcentajes ponderados en un rango de 50 a 20%. Estas palabras son: *hospital*, *doctor* y *responsabilidad*, *respetar*, *especialidad* y *ampliar*.

Con este sexteto de palabras, los estudiantes expresan que se relacionan con las personas experimentadas en la salud-enfermedad que trabaja en un ambiente hospitalario, lo que ven como una responsabilidad en su imaginario para su futura acción profesional. La interrelación con el enfermo la consideran de respeto; requieren ampliar sus conocimientos para resolver problemas de salud al paciente y nombran la importancia de contar con una especialidad médica. Se podría entender que este grupo de palabras, son facilitadores para aprender y practicar en los servicios de salud, pero que se requiere de otras palabras abocadas a darle sentido a esta representación, como lo vimos al combinar las partes centrales y otras de nivel periférico. Y Como lo expresa Abric (2004, .p. 23), “los elementos periféricos se organizan alrededor del núcleo central, son esencia del contenido; es su lado accesible. Lo más vivo y concreto son juicios y creencias, y desempeñan papel importante en la concreción del significado de la representación”.

Gráfica 2. Campo Clínico

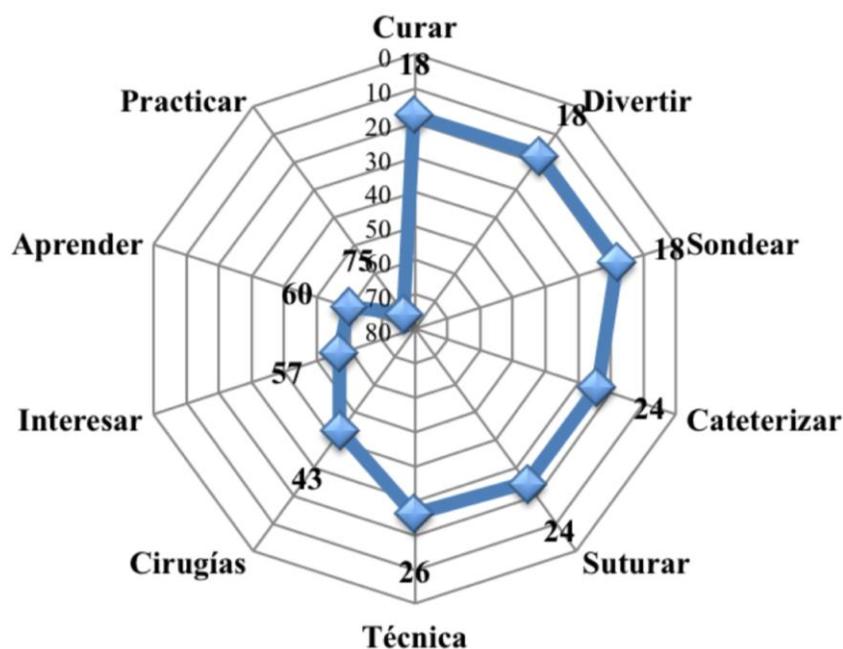


En los “Procedimientos médicos” (gráfica 3), en el núcleo central de la representación se incluyen nuevamente palabras que manifiestan el deseo por *practicar* y *aprender*. Lo más relevante en cuanto a los procedimientos médicos es la oportunidad que ellos tienen para llevar a cabo una práctica que genere aprendizaje y, a la vez, les resulte interesante. Esta palabra *interesarse*, se ubica en el límite con la parte intermedia. Se

podría pensar que el bienestar del estado de salud del paciente queda relegado a un segundo término (curar), lo que conlleva es a practicar por practicar y por ser novedosa la situación de estar en el quirófano, la palabra de *cirugías* está más asociada al ser interesante en el nivel intermedio que a la periferia.

Otro elemento ubicado en la periferia, *técnica*, está ligado a la parte intermedia *cirugía*. El resto de palabras hacen hincapié en los aspectos técnicos quirúrgicos de la clínica frente a los enfermos como *suturar*, *cateterizar*, *sondear*, *curar*. Aquí se podría interpretar que haciendo es como se aprende; se recobra la importancia del aprendizaje clínico quirúrgico. Sin embargo, a ciertas actividades se les relega a segundo término, como lo veremos en las entrevistas individuales, quizá por tener pocas oportunidades de intervención. No se logra interpretar en que sentido expresan que esas técnicas les son *divertidos*.

Gráfica 3. Procedimientos Médicos

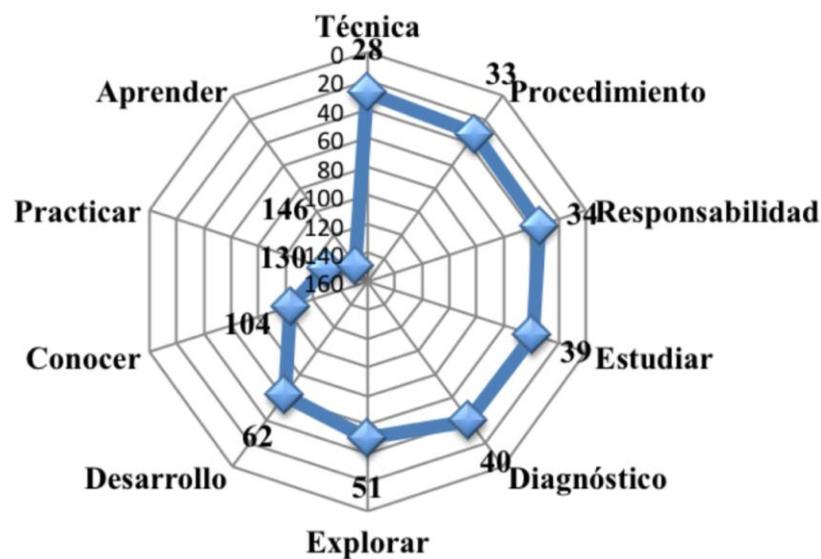


En la representación social de “Habilidades y Destrezas” (gráfica 4), centralmente se incluyen tres nociones: *aprender*, *práctica* y *conocer*; los estudiantes señalan que las

destrezas y habilidades clínicas están relacionadas con el aprendizaje y el conocimiento a través de la práctica, como en las otras gráficas observadas. Las palabras tendientes a la periferia, podríamos agruparlas en dos; uno que denominamos desarrollo psicomotriz formado por los términos *desarrollo* y *explorar*; ya que al poner en juego la exploración del paciente, les van conformando un desarrollo personal clínico.

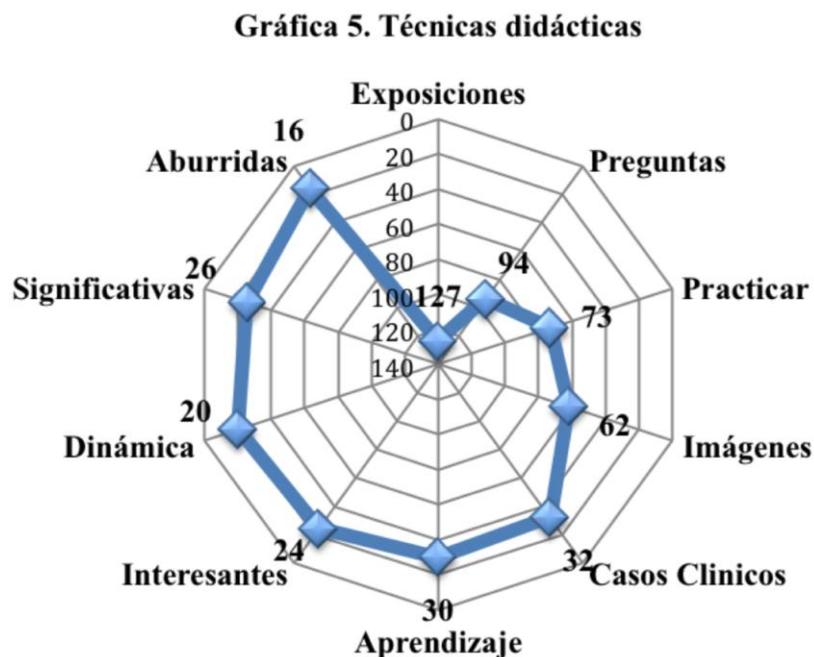
El otro grupo con menores proporciones está constituido por elementos técnicos instrumentales y de cognición de razonamiento clínico con las palabras: *diagnóstico*, *estudiar*, *responsabilidad*, *procedimiento* y *técnica*. Cinco conceptos que tienen poco consenso en el grupo por su bajo porcentaje. No obstante se encuentran muy ligados entre sí. Ya que para llegar a un diagnóstico se requiere de estudiar responsablemente, con ellos mismos y hacia su paciente al manejar procedimientos y diversas técnicas; pero también indicaría, que estos estudiantes manifiestan un interés secundario en estas actividades y actitudes por su baja frecuencia de opiniones.

Gráfica 4. Habilidades y Destrezas



En cuanto a la representación social de las “Técnicas didácticas” (gráfica 5), la palabra ubicada centralmente es *exposición* de profesores y alumnos, seguido por *preguntas*; al parecer indica la idea compartida que se experimenta tener clase tradicional, (exposición e interrogación). Hay nociones intermedias como: *practicar* y la proyección de *imágenes*, esta última utilizada en el método expositivo y la práctica puede dar idea de llevarlo a los servicios clínicos, que sería vinculada con la palabra periférica de realizar análisis de *casos clínicos*, aunque esta técnica también es realizada muy frecuentemente en el aula cuando se teoriza la clínica.

En ese nivel de la periferia aparecieron las palabras: *dinámica*, e *interesantes* y *significativas*, y en menor número el término de ser *aburridas*, por los bajos porcentajes de elementos periféricos, comparten una representación social de tener técnicas didácticas apegadas al modelo tradicional de la enseñanza, en donde sólo el docente es el protagonista y no de interrelación de todos.

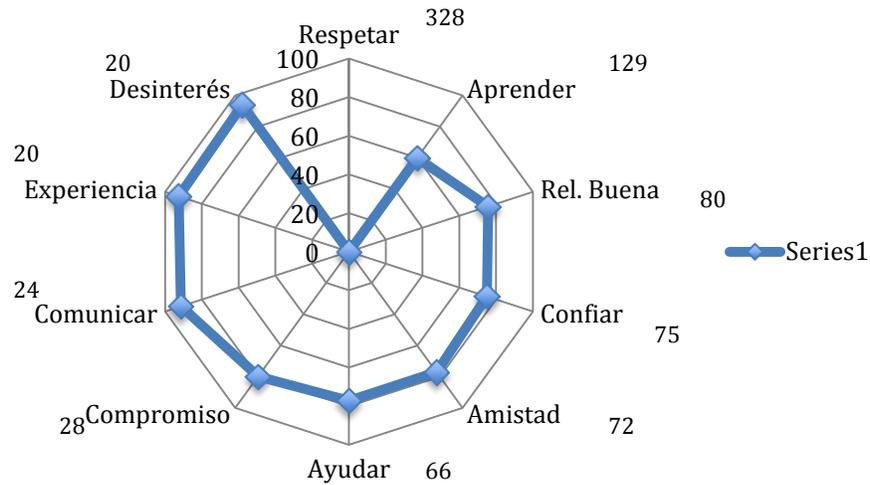


En las interacciones sociales que se establecen tanto en el proceso de atención médica, como en el proceso educativo. Están encaminadas para que el estudiante adquiera habilidades, destrezas y conocimientos pertinentes para la práctica clínica en la relación médico-paciente. En este sentido, ahora toca describir las relaciones con los otros

La “Relación con el docente” (gráfica 6). Se describe en esta primera categoría la representación de *respeto* ubicado en la parte central con el mayor número de opiniones dirigido a sus profesores y a otros actores del proceso (personal y paciente); esta palabra también se encuentra *ubicado* en la parte central de las otras interacciones sociales que más adelante se describirán. En la parte intermedia se colocaron cuatro palabras ligadas a los sentimientos del trato humano y, que para aprender de su maestro asignan las palabras de *confianza* y *amistad*, por lo que la catalogan de ser esta relación como buena.

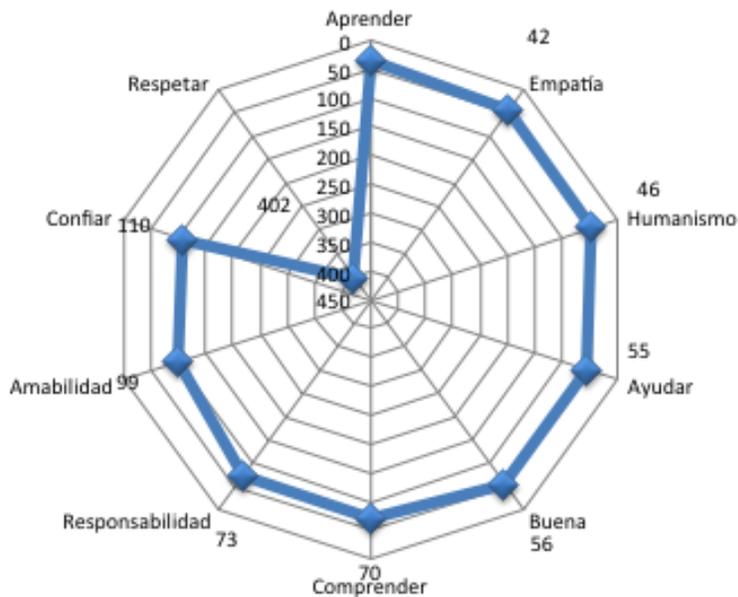
En la parte de la periferia se ubican palabras con un rango que va del 66 al 20, resaltando en estos conceptos; el decir del estudiante que hay que dar para recibir. Así apareció el *ayudar*, *comunicar*, y *compromiso* para adquirir *experiencia*. No se logra interpretar bien el concepto que aparece de *desinterés*, quizá está dado que una de las partes en esta relación, posiblemente el profesor no les haga mucho caso o guarden una distancia, tanto de uno como el otro. Como se aprecia en la gráfica, está fuertemente vinculada con los valores y éticos de una interrelación social-formal docente-alumno en la institución de salud con el fin de brindar un servicio a los pacientes.

Gráfica 6. Relación con el docente



En la “Relación con el paciente” (gráfica 7) aparece en la parte central el *respetar* y ya más alejada en la parte intermedia se ubican cuatro elementos igualmente ligados a los sentimientos y valores de la conducta humana como anteriormente se mencionó. Al parecer aún no hay lazos muy estrechos entre estudiantes y pacientes, por lo que se encuentran ciertos datos de incertidumbre, pero persisten datos de cortesía y de valores. Ya que las califican con palabras de *confiar*, *amabilidad*, *responsabilidad* y *comprensión*. Es por ello que los conceptos integrados en un todo resalta la característica importante que tiene la relación médico-paciente, a pesar de haber sido desplazada hacia la periferia su relación etiquetándola como *buena* y, necesitan *ayudar* con *humanismo*, *empatía* y como posibilidad de beneficio adicional para el estudiante de *aprender* de y con el paciente.

Gráfica 7. Relación con el paciente



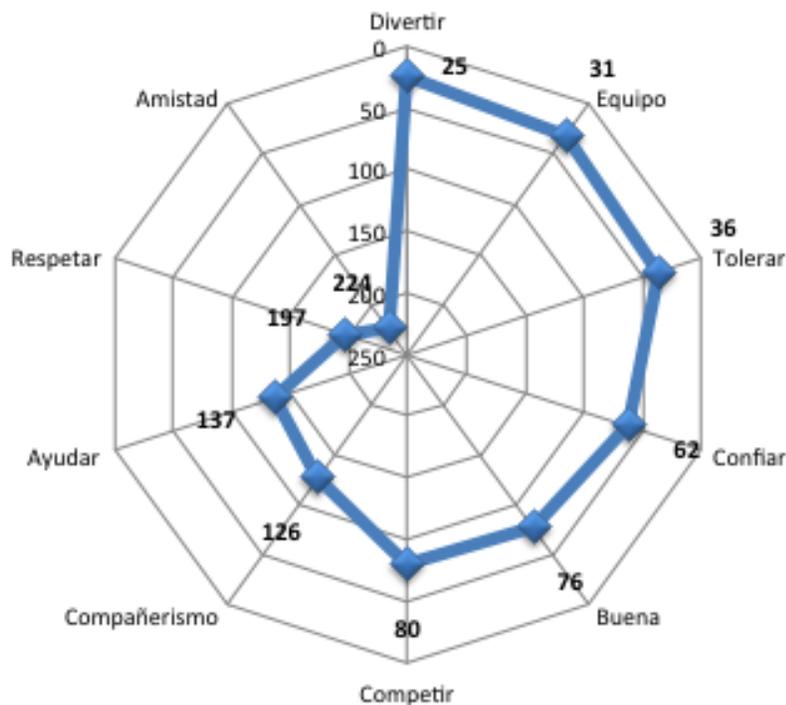
En el plan de estudios de la carrera de médico cirujano, se plantea y se propone una serie de estrategias para que el estudiante aprenda a convivir, que llevado a la práctica clínica. Se rota a los estudiantes por los servicios de salud acompañados en tríos, para que unos aprendan de los otros para convivir entre ellos y se apoyen mutuamente.

En la “Relación entre estudiantes” (grafica 8) encontramos que los une la palabra de *amistad* en la parte central de este núcleo y, muy ligado a ésta aparece el de *respetar*. Una posible explicación es quizá por el camino histórico de su trayecto escolar de aprender a convivir entre ellos en los primeros años de la carrera tanto de aspectos académicos de la práctica clínica, como en espacios de evento social; esto le permitió evocar espontáneamente en la parte intermedia de esta representación dos palabras: *ayudar* y *compañerismo*; sin descuidar una acotación, que ya en la periferia aparece, la de *competir*. Los compañeros se vigilan, intentan llegar a un acuerdo, impresionarse mutuamente por sus cualidades intelectuales, su competencia, etcétera.

Que si la vemos por el lado positivo, sería de manera constructiva y no como forma de sobresalir para ganar o perder; más bien ganar-ganar. Con ello se puede explicar el resto de las palabras ubicadas en la periferia tales como *confiar*, *tolerar*, y *equipo*;

asignan el valor de su relación al catalogarla como buena, incluso para el *divertir* (se) En última instancia como lo afirma Moscovici (1979, p. 68) Cada uno se sensibiliza con respecto a lo que les resulta extraño y se apropia de los elementos que les convienen y el que no sabe nada del algo (práctica clínica), puede iniciarse escuchando hablar de él, al que lo conoce mejor ya se los internos o sus docentes del servicio.

Gráfica 8. Relación entre estudiantes

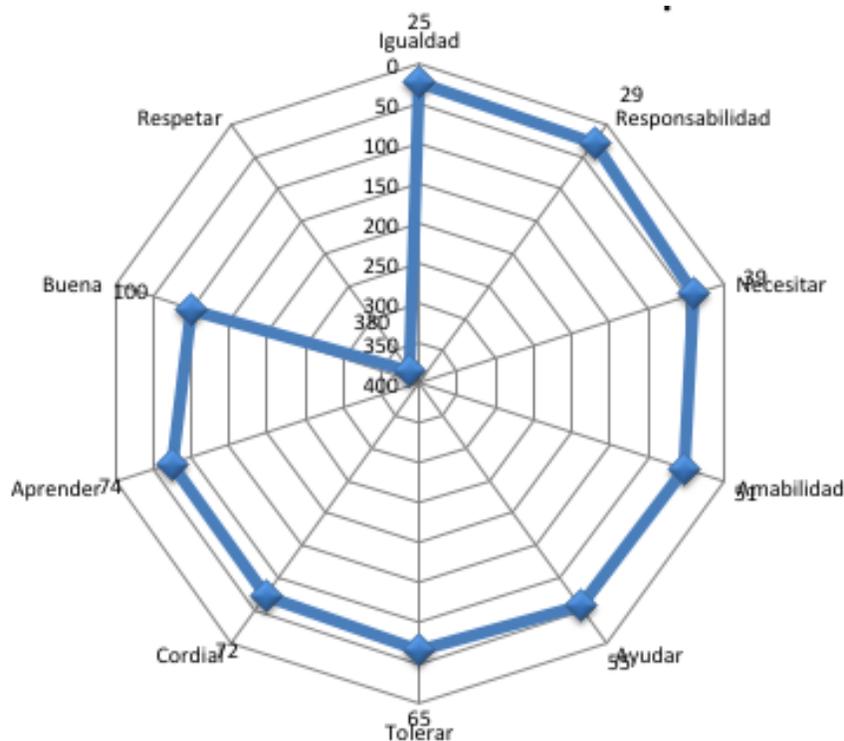


Una relación que poco se explora, es la relación del estudiante con el personal de salud. Puesto que en la práctica clínica de los estudiantes es importante en la vida cotidiana, ya que al interrelacionarse con otros profesionales que apoyan al paciente para restablecer la salud, juegan un papel indudable en su formación: enfermeras, químicos, dietistas, trabajadoras sociales e, incluso, el personal de intendencia.

De esta “Relación del estudiante con el personal” (grafica 9) en el núcleo central aparece nuevamente el *respeto*. En la parte intermedia se interrelacionan cuatro palabras de ser *buena* por ser *cordial* y se *aprende a tolerar* a las personas no sólo en

los aspectos técnicos sino también del trato humano. En este sentido se enlazan muy bien con la parte periférica mediante la evocación de cinco palabras importantes de apoyo y relación humana democrática: el *ayudar* y *amabilidad*, les resulta importante porque reconocen que pueden *necesitar* del personal, con trato de *igualdad* y *responsabilidad*. En esta interacción social de relación, el personal juega un papel importante para los estudiantes en su formación, como se mencionó líneas arriba, ya que amplían su horizonte de convivencia dentro de la diversidad de personalidades y caracteres de las personas al servicio del paciente.

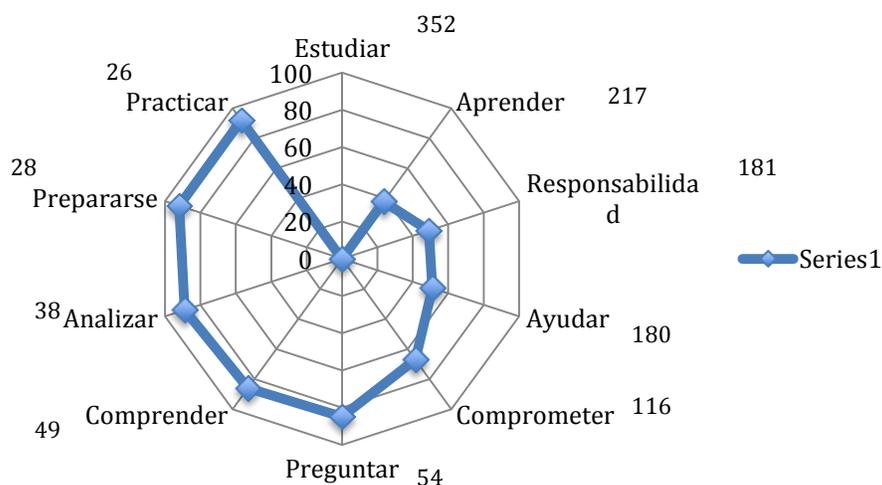
Grafica 9. Relación con el personal



Antes de concluir este apartado, es conveniente describir cómo representan los estudiantes su función dentro de los servicios de salud, que de una u otra forma ya aparecieron rasgos con los enunciados descritos anteriormente en cada una de los núcleos de representación. Si embargo, en esta “Función del estudiante” (grafica 10), de manera específica, las podemos visualizar de cerca al relacionar las diversas palabras que enuncian.

Aparece en la parte central como su función principal: *estudiar* y *aprender*, que ligados a la parte intermedia con menor número de opiniones, el de *ayudar* con *responsabilidad* y *comprometerse*. Con otras cinco palabras en la periferia le dan una integridad de su pensamiento de responsabilidad a fin de *preguntar* para seguir aprendiendo, y *comprender* mejor de sus experiencias. Refiere *analizar* los problemas a los que se *enfrentan*, lo que les permite *prepararse* y frecuentemente *practicar*. Esto nos da cierta evidencia de su entusiasmo y compromiso de superación, que al realizar sus actividades no se encuentran solos, reconociendo estos estudiantes que con su esfuerzo le encuentran sentido, el estar ahí en los servicios clínicos.

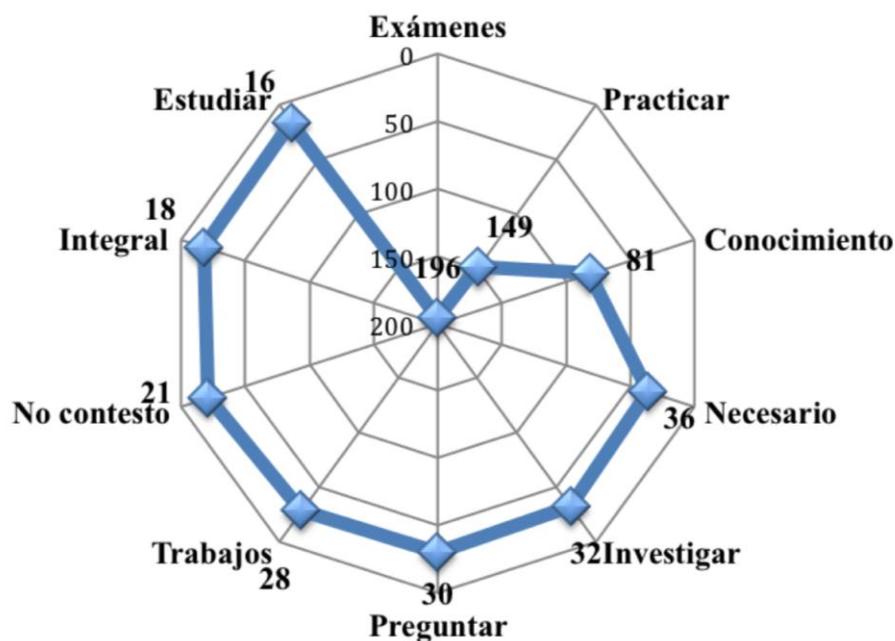
Gráfica 10. Función del estudiante



En lo referido a la representación social de la “Evaluación” (Gráfica 11), la parte central lo integra el concepto de *exámenes*. Hay aquí una concepción tradicional en las formas de evaluar. Una palabra cercana con el nivel intermedio es la de *practicar* como otra técnica para evaluar; ya en la parte intermedia, aparece el conocimiento, porque dicen que es *necesario* evaluar qué tanto saben. Su representación está relacionada a la tradición positivista que privilegia el contenido.

Existe una serie de palabras interrelacionadas ubicadas hacia la periferia: *investigar*, *preguntar*, realización *de trabajos y estudiar*. Podríamos suponer que para estos estudiantes, tales prácticas de evaluación son necesarias y convenientes para el proceso de acreditación, o tal vez son vistas como acciones cotidianas subordinadas al concepto más general de examen. Entonces, nos preguntaríamos con esta representación de la evaluación, la identifican como medio para pasar de ciclo escolar, ya que ellos aún no integran el aprender para la vida, y requeriría de más palabras para redondear lo enunciado a fin de que sea evaluación integral.

Gráfica 11. Evaluación



2.3. Análisis de frases breves del cuestionario

Posterior del análisis cuantitativo de los elementos organizados estructuralmente de las RS, nos propusimos interpretar el significado cualitativo de los discursos de los estudiantes: Primero del porque habían asociado las palabras evocadas ante el estímulo de práctica clínica y más tarde ampliar la interpretación mediante las entrevistas individuales. De ahí que intenté profundizar cualitativamente estos datos cuantitativos, a través de interpretación de los discursos escritos y hablados por estos estudiantes. Al respecto, Abric (2004, p. 21) mencionó: “La centralidad de un elemento de una representación no puede ser llevada exclusivamente a una dimensión cuantitativa; al contrario, el núcleo central tiene antes de más una dimensión cualitativa”.

Ahora describiremos el análisis de las frases breves de manera inductiva; en un intento de hacer una primera correlación conceptual de lo anterior (asociación de palabras) cuando en los cuestionarios los estudiantes justificaron el porqué de su respuesta y su ponderación. Se ha de mencionar que existió una correlación conceptual en el 90% entre la parte estructural de todas las representaciones con su discurso breve. Fue contundente encontrar correspondencia, principalmente en elementos de la representación ubicados en la parte central, al tiempo que disminuían en los del nivel intermedio. Y en su parte periférica, las palabras identificadas se encontraron mayores diferencias.

A manera de ejemplo, sólo pongo cinco núcleos de representación, y su relación con las frases breves. Por considerar a estos elementos como esenciales de la práctica clínica; sin omitir que el resto de núcleos de representación presentados están presentes en la práctica clínica. En este sentido, con esta parte se amplía la triangulación que iniciamos al interior del cuestionario al ir entrecruzando las palabras. Posteriormente, en el apartado siguiente, se hará a detalle y complementaria con el análisis de las entrevistas a fin de ampliar la triangulación. Con esto creemos

que se pudo identificar de manera clara las distintas representaciones que tienen los estudiantes acerca de la clínica durante su experiencia educativa.

Iniciamos la descripción, no sin antes señalar que el elemento general (categoría) de la representación ahora se pone en letra mayúscula. Y sus diferentes palabras importantes, al interior de cada frase se encuentran subrayadas. En seguida damos interpretación breve y se concluye con uno o varios ejemplos con las frases, tal como lo escribieron los estudiantes.

La inserción en los hospitales. Aquí expresaron, con sus respuestas, una serie de palabras que indican representaciones sobre la práctica clínica. Ellos dijeron tener una expectativa de *practicar* cuando llegan a los servicios del hospital. Manifiestan que con la práctica, les permite comprobar sus conocimientos; así que al estar frente a los pacientes, adquieren ciertas competencias para realizar procedimientos y obtener habilidades clínicas. A la práctica clínica la consideran fundamental y pertinente para seguir aprendiendo; el estar activos en los servicios clínicos refieren que se les generan una serie de sentimientos, emociones e inclusive de alegría al atender al paciente. Expresan que han aumentado su interés por la medicina, dando importancia a la responsabilidad de lo que puedan practicar. Como ejemplo, unos narran así:

La práctica ayuda al estudiante para adquirir mas aprendizajes. Con la práctica se adquieren nuevos métodos y habilidades. En la práctica en el hospital se requiere de responsabilidad. La práctica es fundamental e indispensable para aprender, Con la práctica resulta interesante y significativo lo que uno hace. (E: 2,4,6,8,11)

Respecto al *aprendizaje*, refieren que aprenden todo el tiempo cuando se atiende al paciente al lado del profesor. Ya que aparte de observar, se aprende directamente con el paciente y requiere estar dispuesto para aprender, dado que aquí correlacionan la teoría con la práctica e, inclusive, del error se aprende con la tutoría del docente. Adquieren conocimientos al aplicar técnicas útiles, en especial cuando son nuevas para ellos, como una innovación para ser mejores médicos. Ejemplo de cómo lo enunciaron los estudiantes:

Aprender a comunicarte directamente con los pacientes. Al aprender combinas teoría y práctica. Un buen aprendizaje es la mejor forma de obtener aprendizaje significativo, máxime cuando aprendes cosas nuevas. (E:12,13,14)

La *responsabilidad* expresan los estudiantes que se adquiere en gran parte con la atención a los pacientes, ya que conlleva a tener necesidad de aprender responsablemente, al estar observando el dolor humano y lo que hacen sus tutores. Se infiere por lo expresado así:

Tratar con pacientes te da más carácter y es indispensable para tu futuro profesional. Entonces tu responsabilidad se incrementa. La responsabilidad es indispensable en el hospital, mediante la responsabilidad se adquiere conocimiento. Ser más responsables porque ahora tenemos pacientes que nos asignan los docentes. (E: 9,8,14,12)

Los *conocimientos* son ampliados al practicarse, al decir de los estudiantes. Por lo que se tiene conocimientos sólidos, y son indispensables tratar al enfermo bajo su cuidado. También manifiestan que con un buen desempeño, les hace crecer como personas. Se tiene que aprovechar el tiempo y lo extenso de la práctica y, con estos conocimientos considera que son pieza fundamental para ser buen médico clínico.

Los conocimientos nuevos se adquieren en el hospital. El conocimiento de los procesos biológicos determina el buen desempeño. Siempre hay que llegar con conocimientos para ser mejor en la práctica. (E,1,3,5)

Al estar en el hospital les despertó el *interés* por conocer cosas nuevas. Aumentó su motivación de sentirse estudiante de medicina. La mayoría de actividades para ellos les resultan interesantes, pero con mayor significado si lo ponen en práctica:

Es más interesante si lo estudias y lo practicas, tenemos interés pero también hay que disminuir el desinterés de algunos docentes. El insertarte en el hospital es un proceso muy interesante. Y mostrar interés porque se aprende y bien estar. (E: 21,24)

Expresaron que al estar en el hospital es necesario, asumir el *compromiso* no solo con uno mismo, sino con la sociedad; este compromiso es lo importante en la inserción del hospital, hay un compromiso para con la carrera y, llegar alcanzar un objetivo. Narran lo siguiente:

El compromiso es grande del estudiante al enfrentarse a su comunidad. Para cumplir con su reto es tener un compromiso, existe el objetivo de terminar la carrera bien preparados y con mucha práctica. (E:16,18)

Cuando mencionan que el *estudiar* es importante y obligatorio señalan:

Al actuar con el paciente al pasar por los servicios te abre las puertas, para practicar y con ello seguir con tus estudios. El insertarse en el hospital te da conocer que te falta estudiar y te obliga seguir adelante. (E: 7,17)

Al saber que pasan por varios servicios les despierta *emoción* y gusto por lo que hacen, así lo refieren:

Es emocionante dar un poco más y ser mejores. Ante lo desconocido es emocionante pensar en lo que hago y haré, te da más experiencia. (E:12, 19)

Cuando se insertan en el hospital y están reunidos en torno al *médico* se aprende, dan importancia a la relación médico paciente en el proceso de la atención médica, en consultorio o en piso y mencionan:

Hay intención de mejorarse, los médicos exponen sus experiencias y tú aprendes de ellas, te explican, requiere el preguntarles para que compartan sus conocimientos. Los médicos son indispensables, te enseñan a ser médicos, además te explican tus errores. Se aprende mucho al estar frente y con los pacientes. (E: 53, 78,97)

Por último, en este rubro de inserción en los hospitales manifiestan que se aprende al *relacionarse* con el paciente, y mencionan:

Al pasar visita comprendes al paciente y ellos te comprenden, al relacionarte con el paciente es para mejorarlo y beneficiarlo. Los pacientes nos enseñan a

como identificar una patología. Hay que tratar con respeto al paciente. (E: 22,23,24)

Para el *campo clínico* el análisis de las frases revelan palabras interrelacionadas con los anteriores, los más importantes son: aprender; practicar; pacientes; conocimiento y hospital. Por lo tanto, *aprender* lo mencionan como sinónimo de campo clínico que les brinda a los estudiantes esa oportunidad, en un escenario real de la actividad médica:

El campo clínico es un lugar para el aprendizaje del alumno. Significa una oportunidad para aprender. El aprendizaje se obtiene en el campo clínico. (E: 8,12)

Al *practicar*, el estudiante afirma que el campo clínico es como sinónimo o igual a practicar, y les resulta como natural que sea el lugar idóneo donde se practica y se aprende, obtienen con esa práctica fundamentos para su formación médica.

Es un espacio que ofrece la oportunidad de observar la práctica médica en el hospital, Es un espacio para la práctica médica. La práctica se obtiene en el campo clínico. Campo clínico está de la mano con la práctica. Por fin, se puede poner en jugo todo lo previamente adquirido en semestres anteriores, simulado, sentida como casi real, de las clínicas universitarias, pero que no se comparan con lo que ven en los servicios clínicos aplicado en la realidad. (E: 12,21,24)

Los estudiantes establecen la relación entre campo clínico y pacientes; los *pacientes* son parte elemental del propio campo clínico, ponen en función al cuidado que pueden colaborar hacia ellos para resolver sus problemas de salud y, también, como elemento que provee lecciones a los estudiantes:

El campo clínico incluye al paciente. Lo más importante en el campo clínico es cuidar de los pacientes. La consulta externa hace que los pacientes te den lecciones de vida.

Respecto al *conocimiento*. Los estudiantes consideran que en los campos clínicos se obtienen conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas.

En el hospital se obtiene conocimiento, la continua interacción con el campo clínico permite un desarrollo y conocimiento. Lo más importante es diagnosticar si tienes conocimiento. (E: 2,4)

También el término *hospital*. Lo manejan indistintamente como campo clínico; de acuerdo con el análisis realizado, se incluye el personal que les proporciona apoyo y aprendizaje:

Nuestro campo clínico es el hospital. El hospital es mi actual campo clínico. Es muy interesante la vida dentro del hospital. Los médicos son los que brindan apoyo y aprendizaje en el campo clínico, los médicos nos apoyan en el hospital. (E: 6,8,11)

Por último, las palabras menos mencionadas son responsabilidad, respeto, especialidad y ampliar, en frases como:

Aumenta la responsabilidad cuando ingresas a campo clínico y lo fundamental es el respeto e implica tener responsabilidad. Estudiar la especialidad que yo quiera responsablemente, por lo que es importante ampliar nuestro programa requiere dosis de responsabilidad. (E: (16,18)

En relación con los *procedimientos*, los estudiantes manifiestan que para *realizar* y *practicar* procedimientos médicos, se requiere previamente de *estudiar*, ya que son la parte práctica del *conocimiento* y el estudiante expresa reiteradamente que tiene que realizarlos con guía del tutor para adquirir mayor *habilidad*. Consideran a la mayoría de los procedimientos como importantes y útiles para su futuro profesional, ya que les permiten ir desarrollando experiencia médica en la práctica diaria. Esto da indicios incipientes de madurez en sus enunciados, ya que aparecen palabras como *responsabilidad* y *compromiso*, aunque algunos estudiantes no practican procedimientos por considerar poco aplicables en la práctica médica o están restringidos por ser estudiantes. Es por ello que mencionan:

Los procedimientos son más fáciles, comprensivos y mejores a medida que se práctica constantemente, integran los conocimientos y se logra dominar los temas, aunque unos son más prácticos que otros. Al practicar estos procedimientos resultan ser interesantes y motiva para seguir practicándolos con mayor frecuencia e inclusive pueden ser divertidos y agradables cuando se hacen muy bien. Todo ello conlleva a obtener necesariamente mejores aprendizajes, por lo que hay que practicar mucho

para irlos perfeccionando y realizarlos sin error, en el menor tiempo, primero practicar lo que se facilite no realizarlos desconociendo la técnica y la teoría del procedimientos. (E: 1,3,14)

Con diferentes procedimientos que se realizan en los distintos servicios clínicos, les permiten *aprender* siempre y cuando se lleven a cabo. Esto da pie a obtener una óptima formación al realizarlos de manera correcta y significativa, pero también los estudiantes expresan que requieren aprovechar el tiempo durante su estancia corta en los servicios clínicos para practicarlos y aprenderlos, de acuerdo a su nivel en la que se encuentran, a lo que refieren:

Permite ponerte al día con la práctica. Permite aumentar las habilidades, requiere de tener necesidad y querer aprender para efectuarlos. Primero se observa y después se realiza saltando obstáculos que uno se pone; todo lleva a un mejor aprendizaje, hay infinidad de procedimientos por aprender, lo importante es hacer bien y de manera eficiente. (E: 5,13,14)

Las *técnicas* médico-quirúrgicas van junto a los procedimientos. El médico interno es el que mayormente les presta atención. Para saber usar la técnica adecuada y correcta es indispensable, llevar un orden por parte del estudiante para realizar estas técnicas. Pero antes, requiere haberlas entendido como parte del procedimiento, el porqué, cuándo y el porqué realizarla, con ciertas aseveraciones de ellos así lo confirman:

Con el tiempo se va refinado al practicar más seguido, se necesita contar facilidades para realizar las técnicas quirúrgicas o médicas, saber cual es la adecuada para cada ocasión. En el quirófano observas muchas técnicas, al realizarla primero requiere razonar, a cada médico le funciona la que el usa, hay que restringir las peligrosas ya que no hay que dañar. (E:22, 24)

Los procedimientos que les llaman mucho la atención, a decir de los estudiantes, tienen relación con la *cirugía*, aunque la mayor parte son observadores y algunas veces ayudan, afloran sentimientos de tener aliciente para ser médicos, así lo manifiestan:

Son interesantes las cirugías aunque tardadas, requiere de entrega y dedicación. No se permite tener negligencia por el bienestar del paciente. Se

realizan varios procedimientos, curar, suturar, cauterizar y éstos son muy prácticos. (E: 7,17)

Por otro lado, al practicar y realizar los procedimientos médicos también les representa gran *interés*. Ya que expresan:

Son novedosos cuando los realizan los docentes en su práctica, hay necesidad de aprenderlos para aplicarlos uno solo. Claro se requiere tener primero interés personal para desarrollarlos, ir de lo sencillo a lo complejo. (E: 21,22)

Las *curaciones* forman parte de los procedimientos médicos, son frecuentes, comunes y fáciles, aunque en ocasiones pasan inadvertidas:

Hay que empezar por lo básico; el objetivo es curar al paciente y saber hacer lo que le paciente necesita. Cuando realizamos la curación, para algunos médicos no tiene importancia. (E: 28, 30)

Otros, como la *sutura*,_son algo que se debe saber y practicar, aun cuando ésta es catalogada como común, ayuda a otros grandes procedimientos:

Requiere de tener mayor oportunidad para realizarlas. Son indispensables en la práctica médica, en especial en urgencias. (E.9, 36)

En su decir la *venoclisis*, es otro procedimiento frecuente que se debe saber manejar. Sin embargo, dicen que resulta complicado con técnicas más complejas como el catéter central:

Lo difícil es el catéter venoso central y medir presiones, hay que colocar diferentes tipos de catéter. Las venoclisis son importantes para hidratación, el alumno tiene oportunidad de canalizar las venas. (E: 38,52)

Por último, la *aplicación y retiro de sondas*_comúnmente se necesitan en los servicios, y es lo más común que se les pide a los estudiantes para que ayuden y aprendan.

Requiere de buena técnica y practicar con diferentes sondas. El poner diferentes sondas es otro procedimiento de utilidad. Los procedimientos hay

que tomarlos como divertidos más que una carga, es decir, el gusto para aprender. (E: 56, 62, 72)

Lo relacionado a las *técnicas didácticas*, las palabras que mayormente aparecen en sus frases son: exposición, preguntas, la práctica, casos clínicos. Y en menor medida el aprendizaje, interesantes dinámicas y aburridas.

La *exposición*, la consideran como la mejor y más usada en las clases teóricas y consideran que es el profesor quien debe dar la clase porque aportaría lo nuevo y novedoso del tema y no el estudiante por carecer de experiencia. La clase debe darla quien sepa. Como técnica el profesor se comunica de lo que sabe. La forma de dar clase el alumno resultaba aburrida, mejor me quedo en casa a estudiar. En los ciclos básicos existen profesores que ponen a prueba nuevas innovaciones pedagógicas para ser más dinámicas las sesiones teóricas, no así en los hospitales que carecen de elementos didácticos actualizados y posiblemente por el menor tiempo dedicado a la docencia.

Expresan que las *preguntas* que formula el docente al estudiante pueden ser un indicador para ir explorando qué tanto saben los estudiantes y con ello ir planteando puntaciones de futura calificación... “Las preguntas miden tu conocimiento, casi siempre el docente pregunta para ver si estudiamos y sabemos. Hay que preguntar al alumno a ver cuánto sabe”. Posiblemente, algunos profesores previo a la clase indiquen lo que se van a discutir y lo contrasta el día de la clase; otros sin embargo preguntan por preguntar sin relación al tema visto.

Piensen los estudiantes que la *práctica* tiene intención de reforzar los contenidos teóricos, aunque en muchas ocasiones no tiene esta intención y no siempre es posible llevar a cabo de manera correlacionada, ya que los temas vistos en clase o en los servicios están alejados de los que padecen los pacientes, no obstante algunos docentes se apoyan con recursos audiovisuales: “Las imágenes dicen más que mil que palabras”. El pasar un video permite la comprensión.

Comentan al igual que los docentes, que los *casos clínicos* son un medio que se utiliza en el ambiente hospitalario para acercarse a una realidad del paciente, se utilizan alrededor de los problemas de pacientes encamados o de los que el profesor junto con los becarios elabora con recurso didáctico. *“Los casos clínicos son interesantes porque permiten acercarnos a la realidad de la práctica médica. Permiten la comprensión y acercarnos a la realidad de la medicina, nos hacen entender mejor los casos clínicos”* (E: 82,88).

Con lo analizado hasta el momento, llama la atención que el aprendizaje, como parte del proceso activo del estudiante, esté relegado, quizá, porque lo centran en las técnicas de enseñanza del profesor y no tanto de su participación activa como constructor de su conocimiento y habilidad. Se rescatan dos conceptos dicotómicos divergentes: el ser interesantes y aburridas a la vez, aquí subyace tanto la participación del profesor como la del estudiante cuando asume este rol, aunque sus opiniones están dirigidas a la actividad del docente.

Las técnicas didácticas deben ser interesantes. Tratar de hacerlas interesantes, deben ser dinámicas para que alumno aprenda más. Cuando son dinámicas no aburren y se aprende”, “se tornan aburridas cuando dura mucho y el docente es monótono, son aburridas por falta de interés del profesor y claro de algunos estudiantes por participar. (E: 9,10,15)

Sobre la *evaluación* del aprendizaje en la clínica integral se encontró una quinteta de palabras al interior de las frases breves como examen, práctica, conocimientos, necesidad de preguntar.

El *examen*. Lo consideran como la forma más común de evaluación a lo que fueron sujetos, dicen es un buen método para evaluar, como herramienta. Sirve para ver si aprendieron; es eficaz y fundamental. Además, esta forma de evaluación se acepta como parte del plan de estudios:

Es la forma más utilizada, la forma más común: son una manera eficaz de evaluar; sirven para saber que hemos aprendido o no; reafirman los conocimientos; evalúan el aprendizaje, además es parte fundamental, para aprobar la materia, realizan la evaluación con exámenes, lo más importante de la carrera, por lo que se debe estudiar para pasar los exámenes.

(E: 23,99,120.112)

En la referencia que hacen de los conocimientos, consideran a éstos como la base de todo que se debe evaluar, que éstos se miden para conocer su desempeño. Algunos lo relacionan con capacitación y preparación para exponer los temas, reforzar o corroborar conocimiento y aprender:

El estudiante debe adquirir conocimiento, son la base de todo, en la evaluación se miden sus conocimientos, conocimientos genera resultados, evalúa el conocimiento del alumno; Poner en práctica los conocimientos adquiridos y con las preguntas constituyen la mejor parte de la evaluación, mediante preguntas objetivas. En su mayoría los médicos evalúan con preguntas en todo momento; el profesor debe preguntar a los alumnos para corroborar su conocimiento. Las preguntas nos llevan a mejor aprendizaje, para comprender, se deben adquirir para toda la vida. (E: 98,111, 115, 125)

Cuando mencionan a la *práctica* relacionada a la evaluación. La mayoría considera que debe ser congruente con lo que se hace en la práctica clínica, a la vez que es indispensable, ya que se trata de poner en práctica lo que se ha aprendido:

Debe por ello realizarse diariamente para mejorar y adquirir experiencia. Que se refleje en las prácticas en el hospital incluyendo los procedimientos y técnicas. (E: 23, 30,53)

A esta forma de evaluar la consideran como necesaria para estimar la efectividad y desarrollo, así como para tener una calificación, aun cuando critican su construcción y aplicación:

Es necesaria para valorar nuestro desarrollo; necesaria para percatarnos de nuestro desarrollo profesional; la necesidad de una calificación aprobatoria, necesario para verificar la efectividad de lo aprendido; necesaria para contabilizar avances; al ser un requisito es necesario hacerlo.

Otras palabras, como el trabajo extraclase e investigar, facilita el conocimiento y que se debe tomar en cuenta todo lo que realizan, por lo que debe ser integral la evaluación.

Otros estudiantes opinan en forma negativa de este procedimiento, porque consideran que es malo para definir el conocimiento que han adquirido, que no reflejan estos conocimientos y que solamente valoran la memoria:

La forma de evaluar no dice el ciento por ciento del conocimiento de un estudiante; no evalúa nada porque siempre copiamos; no dicen quién sabe más; sólo se necesita memorizar por lo que no creo que sea contundente; no miden la capacidad del alumno; es poco práctico e inespecífico; se debe llevar a cabo en forma práctica; no dice lo que sabes sino lo que estudias.

(E: 9,10,15,19,20)

Con este breve análisis de frases cortas, nos dieron idea de cómo se conforman las representaciones como proceso, que aparecieron en su discurso escrito con enunciados que contenían palabras de mayor frecuencia y las consideraron como favorables durante su práctica clínica: practicar, aprender y responsabilidad. Con el compromiso de adquirir mayores conocimientos, se vincularon nuevamente con palabras valorativas de respeto, interés y emoción ya identificadas en la parte estructural. Otras palabras menos mencionadas, pero que tiene que ver con la práctica clínica, fueron: estudiar, pacientes, hospital, especialidad, cirugías y curaciones.

Para las justificaciones menos favorables lo refieren en especial a las técnicas didácticas, la exposición, el preguntar y al examen. Con ello se puede mencionar en este acercamiento a las representaciones, coincidió en gran medida con el análisis estructural referidos; al presentar cuantitativamente con la frecuencia de aparición de palabras y del por qué los anunciaron. Creo que existió aparentemente una congruencia entre su pensamiento y la acción al justificar sus respuestas.

3. El sentido que para los estudiantes tiene la práctica clínica médica, a partir de las entrevistas

Para esta parte de análisis de las entrevistas, se procede a señalar el núcleo de la representación a través de redes de trabajo o *Net Works* dadas en el programa de análisis cualitativo del *Atlas ti*. Para llegar a estas redes primero se obtuvieron 147 códigos a partir

notas o conceptos marcados como importantes de cada repuesta. Posteriormente se agruparon en 14 familias y de ellas se analizó 14 redes (señaladas en forma escrita normal con número arábigo la categoría principal que encabeza la red y se agrega la letra E de entrevista para diferenciarla de las figuras de la parte estructural).

Se remite a las figuras correspondientes y se va entrelazando sus nexos o asociaciones relevantes de familias o nodos (en varias redes se repiten los conceptos narrados por los estudiantes y se agruparon por similitud). En seguida se pone, cuando es pertinente, enunciados tal como lo describieron los alumnos. (aquí se omite el No del estudiante por ser más extensa su descripción y sólo se separa con punto y coma (;) entre cada enunciado)

3.1 La actitud de recepción al hospital

En este núcleo o red de representación, se asocian varios elementos organizados por las actitudes de profesores y estudiantes cuando estos últimos llegan al hospital y a los servicios clínicos (Figura E1). Califican la recepción de ser completa o incompleta, (categorías en general) subyacen atributos capaces de despertar sentimientos favorables o desfavorables del trato recibido en el campo clínico, en especial por parte del coordinador de plantilla, docentes y algunos directivos. Se identifican con las siguientes valoraciones muy buena, buena, regular y mala.

Aquí se observa una asociación directa de la actitud de tutores y supervisores etiquetándola de buena y muy buena (85%), por considerarla amena, profesional, cordial y respetuosa, con un apropiado encuadre. Por dar una explicación detallada del programa, los objetivos, metodología y formas de evaluación, además hacen recorrido por el hospital y presentación a los diferentes tutores de los servicios clínicos. Mencionaron a dos hospitales como muy buenos.

Los doctores se presentaron en el auditorio el primer día de manera cordial, cálida y accesible; el coordinador nos presentó el plan de trabajo de manera entusiasta, los contenidos o temas que coordinarían los docentes y después cómo nos lo repartiríamos para exponer nosotros, los servicios clínicos por

donde se rotaría, los objetivos y el sistema de evaluación [...]; se hace un recorrido breve por las instalaciones del hospital acompañado por el coordinador. En la bienvenida los doctores de forma amable nos hicieron una introducción general de lo que íbamos hacer, nos presentaron algunos docentes para conocerlos, fue de manera cordial, nos señalan los puntos del programa y cómo nos evaluarían señalan los reglamentos del hospital; después nos dieron un recorrido por los servicios.

A dos hospitales lo catalogan como regulares (10 %), porque sus comentarios están dirigidos a las facilidades académico-administrativas desde su inicio, y que en su recibimiento se les dio una información general por parte del coordinador o de un ayudante cuando aquel no se presentaba. Se interpreta que se estableció un encuadre parcial al inicio del curso; les dan como programa un listado de temas que serán coordinados por los docentes especialistas que conocieron semanas después a su ingreso. También mencionan respecto al recorrido por las instalaciones fue de bueno a regular:

En la bienvenida los pocos doctores que se presentaron, nos informaron y de forma amable nos hicieron una introducción general de lo que íbamos hacer; nos presentaron algunos docentes para conocerlos. Fue de manera cordial; nos señalan los puntos del programa y cómo nos evaluarían. S los reglamentos del hospital; después nos dieron un recorrido por los servicios, no a todos por sus ocupaciones. Nos dieron una plática, que se va hacer, la manera de trabajar desde el principio, varios docentes estaban al pendiente de nosotros, nos recibieron bien, pero el recorrido fue parcial en algunos hospitales, el programa se limita a un listado de síndromes y padecimientos y quién los coordinaría.

La opinión desfavorable la califican como mala recepción (5 %), si bien les informaron parcialmente la manera en que se desarrollaría el curso, existieron lagunas respecto a responsabilidades tanto de docentes como de estudiantes. En un hospital no hubo recorrido, el coordinador les mencionó simplemente, vayan a sus servicios:

No sabíamos bien cómo trabajar, se carecía de objetivos; se percibe una desorganización e incluso un coordinador no se presentó; fue fría y de no compromiso y no sabíamos con quién íbamos a pasar en los servicios por lo que me sentí incomoda; creo que el recibimiento fue de regular a mala, y sentí que estaban ahí por puro compromiso. La metodología la explicaron y

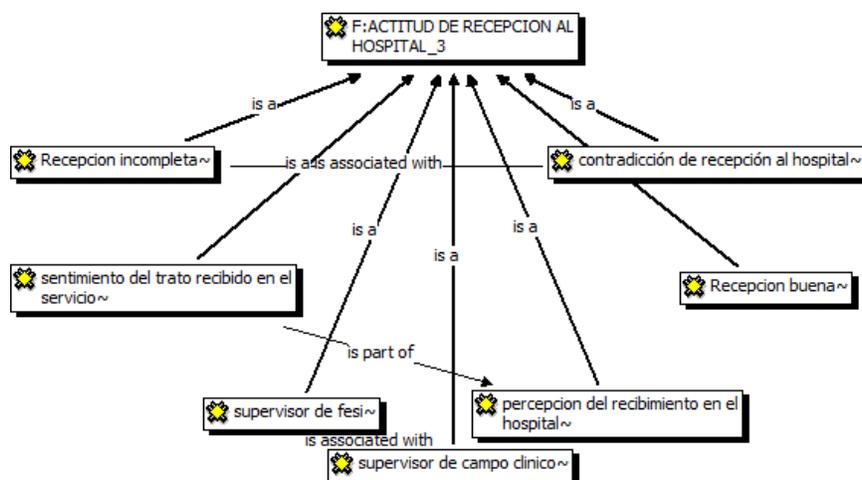
la evaluación, pero no hubo objetivos, que en los servicios el doctor nos diría qué hacer, teníamos que rotor y rotar, nos presentaron a doctores aunque sea de vista; ese va ser tu profesor. Sentíamos incertidumbre, desconfianza y desconcierto por las actitudes de aparente rechazo a nosotros por ser de Iztacala.

Ya cuando llegan a los servicios, en general los reciben bien; pero, en algunos caso no fue lo que esperaban. El tutor asignado los recibe, pero no les presta atención los encarga con el personal becario; en otras ocasiones tienen que preguntar por ellos por no encontrarlos. Les responden estar en otra área, fuera del hospital, o que están de vacaciones, su coordinador de plantilla los acomoda con otro médico, con lo que aparece un malestar del trato recibido inadecuado en el servicio, incluso de sentirse menospreciados por ser estudiantes, lo que conforma en conjunto la visualización de su recepción en el hospital en sus aspectos desfavorables.

Como no encontramos al tutor, nos pegamos a otro médico; unos se pasaron a otro servicios de pegotes y otros de plano se marchaban del hospital regresando sólo a clases al otro día; cuando llegamos al servicio nos regañan, no saben los docentes a qué íbamos, nos dicen siéntate ahí, ahorita vemos pacientes. Me preguntan algo de patología y como no sé, me da una regañiza. Otros se incomodan porque tienen mucho trabajo.

Llama la atención que algunas opiniones de los estudiantes describen su experiencia en forma contradictoria, ya que en sus discursos se entremezclan opiniones buenas, favorables y desfavorables o regulares; inician el discurso señalando que está bien la recepción y concluyen que no está del todo bien, difícil de etiquetar la recepción como completa o incompleta. Se decidió ponerlos en los regulares ya que en varios hospitales no los recibió su tutor o las autoridades de la unidad médica. Además en muy pocos casos se encuentra presente el supervisor de la FES Iztacala. Respecto al supervisor de la FESI no hacen mención de él, excepto un estudiante que dice se presentó el primer día, y les informó que estaba ahí para aclarar sus dudas.

Figura 1 E



3.2 La actividad clínica del estudiante: (figura 2 E)

En este apartado, dada su complejidad del número de palabras que componen a los elementos de la red de trabajo a través familias semánticas, se describen e interpretan por separado algunas partes de la red de asociaciones visualizadas en gráficas (diagrama) y con flechas las conexiones de dichas familias. No tanto a detalle de los fragmentos textuales, ya que sólo servirán éstos como ejemplo típico de detección en el discurso. Como lo propuso Navarro (1999:213)

Este núcleo, está compuesta por 19 subcategorías: Actividad realizada; el ser o no apropiadas al nivel del estudiante; tener conocimientos previos, habilidades y destrezas suficientemente adquiridas en práctica preclínica (PC) del *campus* universitario; funciones del estudiante; los conocimientos, las destrezas y habilidades adquiridas en el hospital (estos como conducta psicomotriz); el beneficio obtenido en la clínica y su relación con los pacientes y docentes; mostrar actitud positiva al reconocer su desempeño y limitaciones; la calificación refleja los conocimientos, habilidades y destrezas; el apoyo o no del tutor de campo clínico y del supervisor de plantilla.

Para ejemplificar estos resultados, describimos a sólo cinco familias de esta red de trabajo (*Net Works*) y, se retoman más adelante a otras familias vinculadas entre sí, pero ahora poniéndolas a nivel de núcleo semántico principal, con el propósito de describir sus enlaces de asociación y figuras más simples.

I.- Actividades realizadas: En la representación social que tienen los estudiantes de la actividad clínica, está directamente asociada a la oportunidad que les dan para realizarlas, o por la complejidad del servicio que les haya tocado pasar, el cual en muchas ocasiones resulta imposible de practicar: A todos les piden elaborar según el servicio clínico la historia clínica (cada servicio tiene su propio instrumento) para adquirir habilidades clínicas de interrogar, explorar por aparatos y sistemas y, la correspondiente emisión de un posible diagnóstico. En algunos casos acompañan al tutor en la consulta externa (observan, interrogan, ayudan a llenar formatos).

En un servicio clínico troncal del hospital general (medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecoobstetricia, urgencias y consulta externa) observan a los doctores cuando pasan visita al enfermo encamado y cuando realizan interconsultas; también ayudan a elaborar las notas médicas, realizan procedimientos sencillos como aplicación de sondas, curan heridas, suturan, toma de electrocardiogramas, toman muestras para el laboratorio, gasometrías, ayudan a cirugías general y, dos estudiantes refieren que ayudaron en cesáreas.

Vigile el trabajo de parto, el interno me enseñó a panzear, hacer tactos; el médico me pedía que lo ayudara, hay pocos internos y están ocupados corriendo los expedientes con las ordenes médicas”; como hay muchos pacientes en urgencias teníamos que estar curando y suturando ayudando a los internos; para los auxiliares de diagnóstico tenemos que elaborar las solicitudes y tomar las muestras, claro que es trabajo del interno, pero pienso que esto nos ayuda también.

Para los servicios como los de oftalmología, otorrinolaringología, anestesia u otras subespecialidades de hospital regional o de alta especialidad (los rotan por terapia intensiva), Rx y laboratorio. Aquí se limitan básicamente a observar y dialogan con el

médico aspectos teóricos de los padecimientos, pero no los dejan practicar. “Nos limitamos a ver, o llenar recetas, en algunos casos me dictan la nota médica”.

II.- Actividades apropiadas o no, a nivel de estudiante. La mayoría (95 %) de las opiniones, las consideran apropiadas con lo que se les enseña y, ellos aprenden cotidianamente a ejecutar procedimientos clínicos o quirúrgicos. Refieren que esto los encamina a tener mayor confianza, a pesar de que algunos docentes son considerados como exigentes, les aclaran las dudas, obligan a estudiar y posteriormente practicar. Además las actividades apropiadas son expresadas como muy importantes en su formación.

Sin embargo, se rescata algunas opiniones, que no las consideran apropiadas (5%), pero a pesar de ello expresan que tienen progresos, no siempre se vincula la teoría con la práctica. Entonces los estudiantes piden que si no está contemplado algunos procedimientos en el programa se les auxilie o se orienten a lo que debe hacer un médico general, porque en el campo de la especialidad aún no logran comprender bien cómo hacerlo y, se limitan a ver tal o cual procedimiento como lo señalado arriba.

Yo entré como con miedo la primera vez, pero a medida que veía cómo se movían los doctores me iba gustando. Ahora tengo confianza y me gusta más; Me gustó mucho porque había ginecología y atendí un parto con la ayuda del tutor; Me gustó mucho por ver atender partos y ayudar en una cesárea. Me gustó pasar por urgencias, me dejaban suturar y hacer curaciones; me gustó mucho por la práctica que es importante, te ayudan mucho los internos.

Se encuentran otras actividades enunciadas alejadas de sus expectativas o de lo que se imaginaban que sería un campo clínico. En esta representación le dan un sentido de orientación administrativa, en lugar de centrarse en lo que ellos hacen para etiquetarla como apropiada o no. A decir de los estudiantes, hay campos clínicos que consideran como desorganizados o incompletos, no tuvieron la oportunidad de practicar: en tres de ellos no se cuenta con la rotación de medicina interna o ginecoobstetricia, aunque lo solucionan parcialmente apoyándose en otras unidades médicas, con la consecuente pérdida de tiempo

al trasladarse a esas unidades y no tienen el tiempo para practicar o asistir a clase. El control no lo consideran efectivo.

En un hospital por el problema de la influenza cerró las instalaciones y el estudiantado perdió la práctica, sólo se centraron en los aspectos teóricos. En otras dos unidades se les rota en servicios no apropiados para el estudiante, ya que tiene alta tecnología y padecimientos de subespecialidad como la oncología y se limitan a observar, como se mencionó anteriormente sin posibilidad de tener práctica real.

III.- Funciones de los estudiantes. Sus funciones básicas según sus opiniones son estudiar y practicar. Así lo describen: “Hay que estar aprendiendo, que, como para qué, saber cómo lo voy hacer. Estar siempre dinámico en los servicios, aprender a tomar gasometría, curaciones. Estar siempre en contacto con el profesor y mostrar disponibilidad”. En cuanto a las tareas concretas, a decir de ellos, realizan procedimientos simples, no especifican la destreza o habilidad alcanzada, pero da idea que se encuentran realizando procedimientos médicos.

En orden decreciente por el número de sus respuestas realizan funciones como elaborar historias clínicas; interrogan y exploran al paciente (auscultan, palpan y percuten); aplican sondas, curan, suturan, interpretan exámenes de laboratorio y gabinete (imagen); toman muestras para laboratorio y tomas de Papanicolaou. Ayudan en las cirugías, llama la atención que tres estudiantes realizan la toma para las gasometrías.

También ayudan en la consulta externa junto al tutor, en la prescripción, dan recomendaciones al paciente e incluso ayudan en algunas biopsias que realizan los médicos, en otras cirugías menores y mayores (cesáreas, apendicetomías), partos (cuatro alumnos manifiestan atender el parto con la vigilancia del interno, el resto sólo observa). Esta representación se encuentra relacionada con otras subcategorías:

a). El docente indica, explica y asesora antes y durante la ejecución. Se encontró dos posturas. Los que su opinión es afirmativa 50%:

“En cada servicio te indican que hacer, en especial hora de paso de visitar al paciente, tales días estaremos en consulta externa o en el quirófano. Cada médico va marcando sus pautas en las actividades a desarrollar”. Otro (50%) menciona que los docentes no lo hacen: “No explicaron lo que se tenía que hacer en los servicios; decían que hicieras procedimientos pero no estaban ahí para explicarte. El interno es quien te dice cómo hacerlo y si no le caes bien, te acusaba con el médico de que no sabes hacer nada o que eres flojo. No todos los docentes del servicio te apoyan”.

b). Por el nivel de complejidad, si son apropiadas a su nivel de estudiante para realizarlas no son factibles de practicar: el 50% dijo que sí son apropiadas a su nivel de estudiante, “Todas las actividades que realizamos nos enseñan algo, son apropiadas en la medida que el coordinador esté junto a ti y preguntarle para reafirmar cuando te vigila lo que haces”. Otros estudiantes 15 % las consideran apropiadas, pero dentro del límite de sus funciones. “Es parte del trabajo, haces las notas o las recetas te las revisan y las firman, se aprende con esto”.

Otro 20% opinó que no son apropiadas porque no corresponde a su función. “Traer expedientes, exámenes al laboratorio, incluso refrigerios”; el llenado de notas o de recetas unos alumnos dudan que les corresponda: “Por no tener experiencia y creo que es para sacar el trabajo rápido del becario”. El 15% no supo contestar a la pregunta refiriendo algo distinto o la evadió.

c). Presentar dificultades en la ejecución de actividades. Al 40 % sí se les presentó alguna dificultad tal como: “Nunca supe cómo poner las sondas”; “no sé distinguir las partes fetales a la hora de controlar el trabajo de parto”; “cuando entré al quirófano por primera vez no sabía vestirme y lavarme”; “frente al paciente sabía la teoría pero ya en acción, no sabía qué hacer”. El 60% manifiesta no tener dificultad al realizar procedimientos sencillos. “Lo que me dejaban hacer era fácil”. “Ya lo había realizado y

ahora lo hago mejor”. “Cuando tenía alguna dificultad le preguntaba al interno o al médico, y ya lo podía hacer sin problema”.

IV.- Actitud positiva del estudiante en el servicio. Algunos reconocen que les falta perder el miedo, tener confianza para aprender junto del enfermo, esto da indicios de tener actitud positiva, lo que emana de sí y para sí mismo como limitación, que van logrando habilidades y destrezas. Al poner en práctica los diferentes procedimientos clínicos de manera inductiva, es decir de lo simple a lo complejo y al ir verificando sus aciertos. También lograrán percibir sus errores al estar conscientes de ellos, pero dicen que es necesario tener la mente abierta para recibir todo tipo de ayuda de los otros (docentes, internos o compañeros).

En este proceso de formación dedujeron que con el tiempo y esfuerzo no es tan complicado, pero sí requiere dosis de constancia, estudio y práctica, mucha práctica. Entonces con ese pensamiento inductivo-deductivo opinan de manera espontánea que si les presentará una situación problemática de salud, pueden atenderla con eficacia, eficiencia y sentido humano, después haber estado practicando, y lo que les falta por practicar con los enfermos y ver de cerca su dolor.

Ante la gran variabilidad de posturas y comportamientos de las respuestas dadas por el estudiante de tomar iniciativa en la clínica, se aglutinan con 98% manifiesta que sí la tienen; pero al ubicarlo en el contexto el 60 % dice que muestran iniciativa en urgencias y pediatría, el 40 % no tanto en su servicio y, deciden el ir a otro servicio donde sí los dejen practicar. Dos estudiantes refieren que algunas veces manifiestan iniciativa porque ya lo sabían hacer. Otros prefieren ver primero a los otros 20% y después intentar hacerlo. Otros dos, indican que todo depende que el doctor dé la iniciativa, que te diga qué hacer, ellos deciden quién le ayuda (aquí aparece parsimonia).

De las diferentes formas que expresan su iniciativa por frecuencia de coincidencia tenemos:

Se tiene que buscar a otros doctores del servicio para que expliquen; se requiere preguntar a alguien que aparentemente sabe, pero se tiene que leer para entender bien; hay que ver más pacientes; estar más tiempo en los servicios; no tener miedo y ser inquieto; apoyarse de los internos para explorar seguido y, lo que no se entiende preguntar, no quedarse con falsa idea de lo que se encuentra en la auscultación o palpación es lo correcto”.

Dos respuestas difíciles de interpretar es cuando dicen que tiene que pedir permiso al doctor para practicar, ellos suponen que ya saben. Aquí hay gran dosis de dependencia o no se sabe bien qué quieren decir con estas afirmaciones.

Para poder practicar depende del servicio, en algunos no te dejan meter mano y cuando muestras un poco de iniciativa entonces te hacen caso; no había leído el procedimiento, pero dije yo lo hago, el profesor amablemente me dijo así no se hace, acuérdate que es así y así, tienes que pasar por arriba del lóbulo, lo entendí. Entonces tienes que mostrar iniciativa para conseguir apoyo del médico. El doctor preguntaba a ver quién va preguntarle al paciente, yo dije que yo, entonces dice aquí esta tu paciente, empecé a preguntarle y después explorarlo e intenté dar un diagnóstico, entonces tu iniciativa se nota. ...Muchas veces mostré iniciativa, porque muchas veces como que no te hacen caso, tú tienes que mostrar interés por aprender y de una u otra manera te tienen que tomar en cuenta, de lo contrario ni te pela. Muchas veces te niegan que lo hagas, pero si muestras iniciativa tarde o temprano te ayudan.

V.- Hospital y servicio de mayor aprendizaje. Mencionan a cuatro hospitales, y los servicios que rotan como pediatría, ginecología, urgencias, cirugía, medicina interna. Opinan que aprendieron y realizaron las habilidades y destrezas, intentan integrar diagnósticos clínicos, varios de ellos les permiten realizar las notas médicas

Para las habilidades adquiridas opinan que en urgencias cirugía y ginecoobstetricia. En estos casos sus médicos se preocupan por ellos, pero también expresan que ellos no dan reconocimiento al estudiante de su esfuerzo o de lo que se llega a realizar, esto es visto como una actividad natural y cotidiana. Cuatro estudiantes manifiestan que sus tutores son así, seres fríos y pragmáticos, otro menciona:

En el paso de visita es más o menos rápida; en una ocasión me llamó la atención un paciente y me regresé a verlo; me tardé con él. Entonces el médico me regañó porque me estaban esperando. Veo que otros médicos nomás se asoman, y si me encargan las gasometrías, veían que estuviera bien colocada y ya.

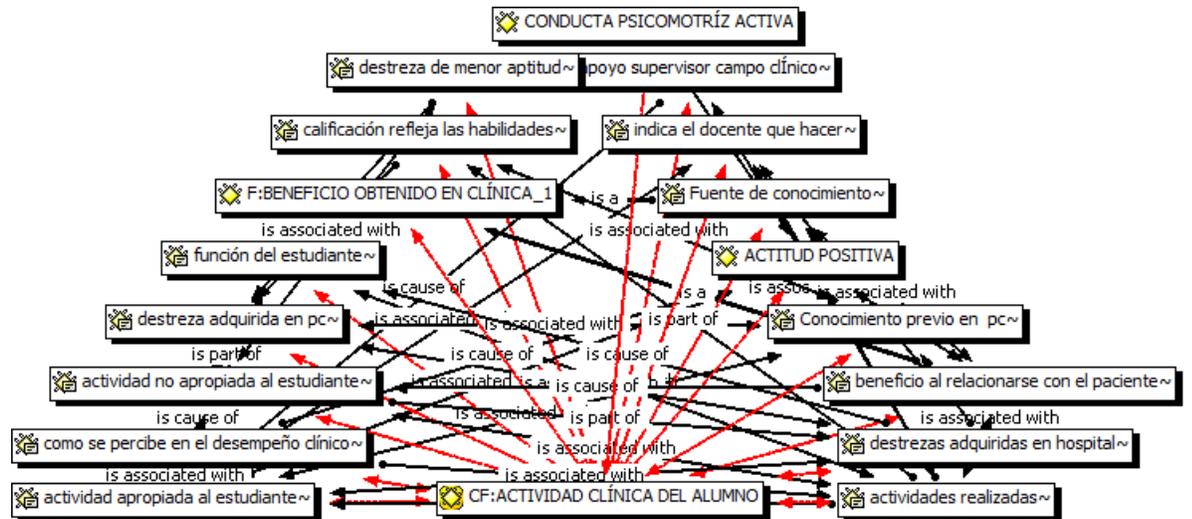


Figura 2 E

3.3 Adquisición previa de conocimientos, habilidades y destrezas clínicas en ciclos preclínicos en la FESI (módulos de PC, Figura 3 E).

En el contexto de las clínicas de la FESI Iztacala (PC, I al IV), el 80% de estudiantes visualiza de manera general con sus opiniones que sí aprendieron, el otro 20% expresa limitaciones: así, el 80% dice tener la habilidad para interrogar, 70% efectuar la exploración física completa, el 60% sólo auscultar o palpar. Resaltan la deficiencia de la relación médico-paciente, por practicar clínica simulada o con escasos pacientes; practican algunas suturas en trapo o maniquí; enuncian diagnósticos en casos clínicos simulados, y realizan breves notas clínicas entre compañeros.

Un 40 % refiere haber adquirido destreza para inyectar, lavado de manos, lo mismo que vestirse y comportarse en el quirófano (aunque a esta práctica la etiquetan como muy deficiente). Otros estudiantes expresan su no satisfacción (20%) de esta etapa inicial clínica al considerarlo como deficiente, a pesar de haber aprobado la materia. Sólo 10% de

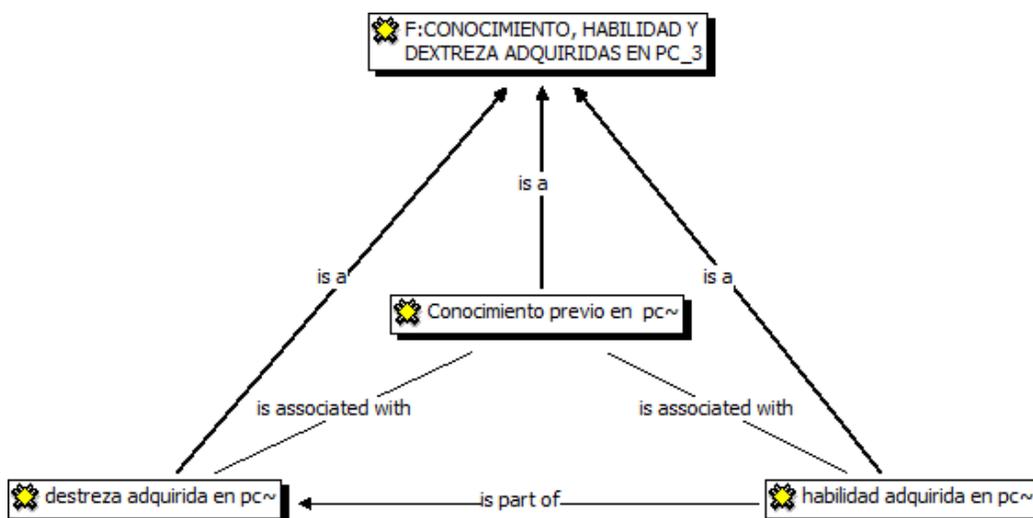
estudiantes menciona como habilidad el saber observar, y un alumno manifiesta ser hábil al realizar el fondo de ojo.

En la escuela se deben tener puntos más específicos como la farmacología y la técnicas médico-quirúrgicas y tu actuar en cirugía; porque cuando entras por ejemplo al quirófano, no sabes cómo moverte y puedes contaminar algo. No te permiten acercarte porque no tienes esos conocimientos, y cuando ya los desarrollas, ya te mueves y no estorbas, tú puedes hacer algún procedimiento...En práctica clínica lo primordial fue hacer exploraciones, comparar los sistemas y la habilidad práctica para efectuar suturas y a inyectar... Los instrumentos empleados fue el estetoscopio, tratar de poner o retirar alguna sonda, al pasar al hospital ya te lo dejan hacer.

Es quizá que varios estudiantes coinciden que el 30% que los procedimientos clínicos de nivel básico son mecánicos y rutinarios, con poco fundamento; es decir, los docentes no explican el porqué de esos procedimientos. “Con los exploración procedimientos clínicos relacionas lo que tú conoces de PC, interrogatorio es más importante y no como hacías con tu compañero, ya no es ficticio lo tienes ahí enfrente al enfermo”.

Las actividades clínicas en el período preclínico, se retoman elementos teóricos sobre las procedimientos y técnicas para detectar problemas de los pacientes, y de manera especial se pone énfasis a las constantes normales que tiene un individuo desde la infancia, la etapa juvenil y del adulto, tanto en la madurez como en el período de la plenitud (vejez). Aunque el método clínico sea el mismo para todas las edades, en estas etapas el proceder de la clínica tiene sus variaciones y es conveniente marcar las diferencias por parte de los profesores. Algunos procedimientos sencillos se ponen en práctica, en especial entre pares o con modelos (maniqués) de reciente adquisición, lo malo es que sólo se cuenta con ocho modelos que están guardados y poco se usan.

Figura 3 E



3.4 Adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas y su desempeño en el hospital. (Figura 4 Ea y Eb)

En el discurso de los estudiantes, se maneja indistintamente la palabra de procedimientos con el de habilidad y destreza, por lo que se agrupan en un mismo rubro de análisis e interpretación, intentando rescatar ideas básicas y a partir de ahí, elaborar una descripción e interpretación cuali-cuantitativa. En el proceso de la atención médica se dan entrecruzamientos de procedimientos en la que subyacen ciertas habilidades y destrezas para ejecutarlos, asimismo en los procedimientos específicos, y sus dimensiones podrán ser distintas, por lo tanto, se podría explicar que las respuestas dadas por los estudiantes entrevistados aparecen como si fueran distintos los rubros por señalar.

Por la importancia de adquirir habilidad, destreza y conocimiento de clínica en el hospital, se distinguen 13 elementos en esta familia. Y se vinculan con las otras 13 de las percepción de la actividad clínica (figura 4Ea). Las destrezas adquiridas en los servicios clínicos del hospital, está asociada con lo que el servicio le oferta mayor teoría, así como el permitirles poder realizar prácticas, su percepción de cómo se aprende la clínica y las habilidades adquiridas están asociadas con lo que consideran

tener un buen desempeño en el hospital. Entonces cuando se obtiene mayor aprendizaje teórico y práctico, está asociado con las destrezas adquiridas y su representación de ser bueno su desempeño. Es por haber obtenido una buena calificación al demostrar una serie de habilidades clínicas.

En estos campos clínicos de los hospitales, los alumnos consideran, en su primer año, que su desempeño es bueno en el 90%, el 5% regular y muy bueno el 5% no contesta. El 80% coincide tener habilidad clínica; de ellos el 70% especialmente para interrogar y habilidad para realizar semiología; el 75% la exploración física e interpretar la sinología clínica, así como de los resultados del laboratorio y de RX; es decir, efectúan correlación de datos clínicos proporcionados por el paciente y las maniobras propedéuticas que han puesto en práctica. En menor cantidad, 10%, toman e interpretan trazos de ECG.

Otro 20% refiere aún deficiencias por la falta de práctica, ya que se limitan a ver al médico cómo hace los procedimientos (su tutor o a los internos), realizan poca inspección; les falta perfeccionar su interrogatorio; necesitan desinhibirse y les falta elementos de fisiopatología. Uno de ellos expuso el concepto pero falta el razonamiento clínico. Claro algunos mencionan estar temerosos(as) y nerviosos(as) al principio y, después ya efectuaban los procedimientos más rápido, piensan que aprenden mucho al estar junto al paciente.

Esto se visualiza mejor a la figura de percepción de su actividad Clínica (figura 4Eb). Esta familia agrupa a 13 elementos asociados entre sí, complementaria a la anterior figura. Por ejemplo la destreza de menor aptitud está asociada al servicio que consideran que obtuvieron menos aprendizajes, su representación de cómo se aprende en la clínica se asocia con el haber mostrado su iniciativa en los procedimientos clínicos. Por lo tanto, el cómo se perciben en su desempeño clínico está directamente relacionada con el papel que juegan en la relación médico-paciente acompañado o no por su docente. Su actividad clínica cuando la etiqueta como no

favorable está representada, por no haber recibido apoyo suficiente y asesoría del profesor (se le atribuye causalidad de otros).

Cuatro estudiantes exponen no poder iniciar el interrogatorio, ni intentar enunciar un diagnóstico, explicando que por miedo al docente que lo regaña cuando no sabe farmacología y falta de confianza en ellos mismos, se ponen nerviosos. A otros les falta desenvolverse mejor; se sienten aislados porque hay muchos residentes y ven los procedimientos de lejos, uno nunca ha podido inyectar; a otro se le dificulta la ginecología, ya que no ha realizado tactos, así que ve pocos partos por el tiempo escaso de esta práctica.

Por otro lado señalan ciertas particularidades de haber efectuado procedimientos sin que necesariamente posean ya la habilidad y destreza suficiente, tales como curar heridas, suturar inmovilizar fracturas; sólo ayudan a poner vendas de yeso. A ocho alumnos el identificar partes fetales por tacto vaginal, tomar muestras para el laboratorio (entre ellas refieren mucho las gasometrías, cuatro la toma de Papanicolaou), venoclisis, la inserción de catéter, otros tres estudiantes opinan tener miedo aún, pero tienen confianza al estar junto al interno.

Al observar las dos siguientes figuras, varios de los elementos de la representación se encuentran vinculadas con la práctica clínica, y se manifiesta su representación consigo mismo referido a su desempeño en los servicios, su contexto en donde se da o no, la oportunidad para practicar, así como su imagen respecto a los otros para ofertarles guía y apoyo en sus aprendizajes, despertando en ellos, ciertas inquietudes y emociones por el trato recibido que se describirá a detalle en el numeral 6, apoyo del docente y personas que guían el aprendizaje de la práctica clínica.

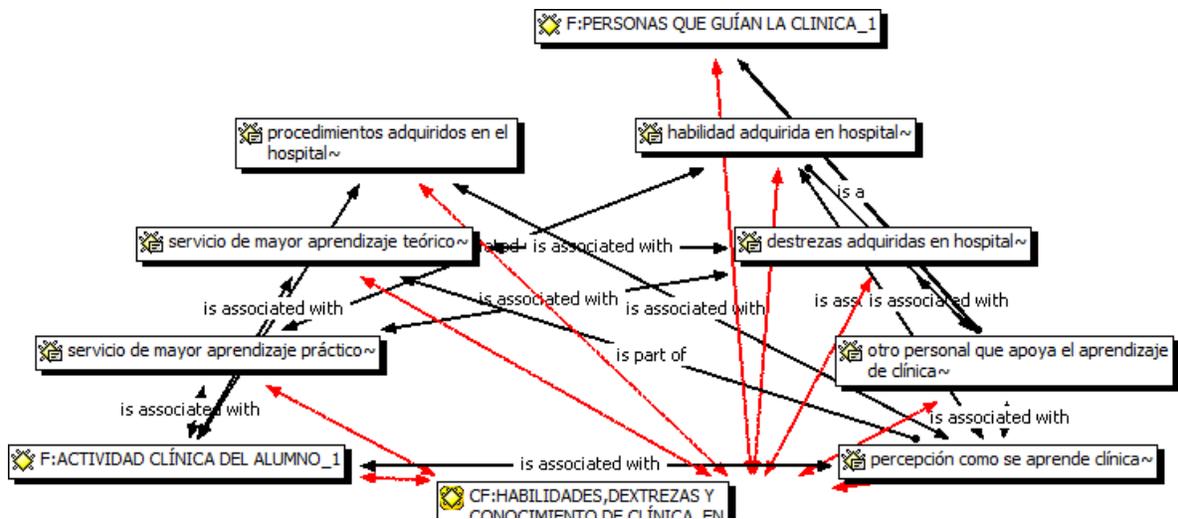


Figura 4Ea

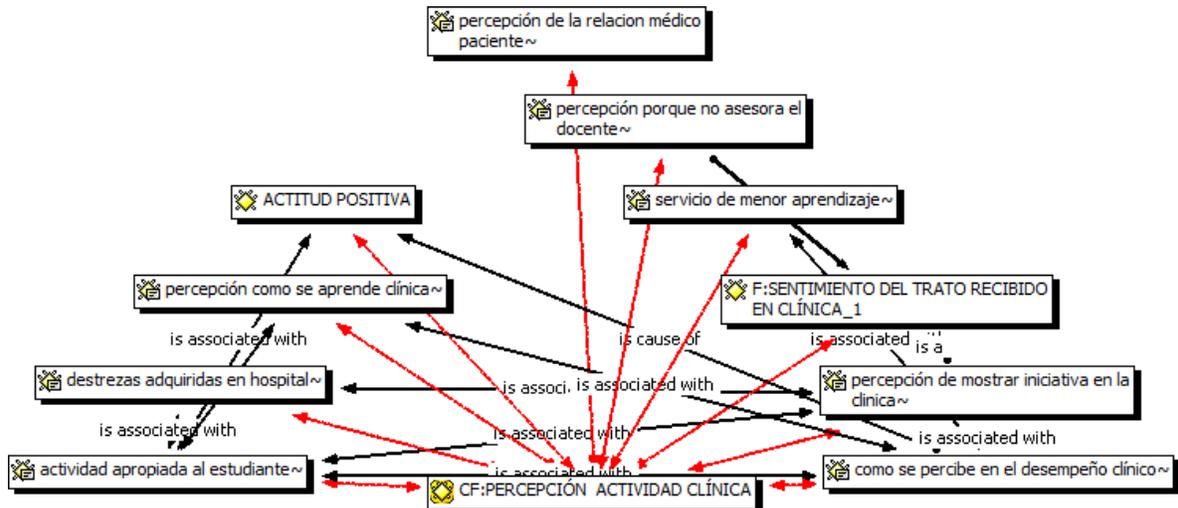


Figura 4Eb

3.5 Técnicas didácticas del docente y del estudiante. (Figura 5 E)

En esta red observamos a 14 elementos semánticos que entretienen una red conceptual en la que intervienen de manera activa, el docente y el estudiante, tanto en el aula como en los servicios, aunque su imagen la dirigen mayormente a lo que ocurre en el salón de clase y en forma directa al docente. También sus opiniones están dirigidas hacia los estudiantes cuando le corresponde hacer el papel de docente en las sesiones teóricas (coordinación de una clase) o en el servicio.

Predomina la técnica de exposición y sugieren una mejor preparación didáctica del docente y hacer combinación de técnicas grupales. Los docentes deben estar conscientes del nivel de preparación de los estudiantes para poder guiarlos, que los apoyen en la terapéutica, que expliquen las técnicas por realizar, así como en la interpretación de los auxiliares de diagnóstico de laboratorio y de imagen.

...Que te enseñen el interrogatorio;... El doctor nos pedía que le ayudáramos, pero el interno nos decía como lavarnos y vestirnos, el doctor sólo nos decía jálele ahí, detén ahí y no explica lo que estaba haciendo... En el hospital de especialidad vemos la cirugía de corazón, pero creo que no debemos estar ahí, vemos de lejos sin saber lo que hace, algo similar es la terapia intensiva.

Aun cuando a sus actividades las consideraron como apropiadas para el estudiante en el servicio como en el aula, requieren de mayor apoyo por parte del docente con estrategias didácticas útiles y en su caso del coordinador de plantilla; en momentos del análisis interpretamos cierta contradicción, ya que inician su discurso relacionadas a sus actividades calificándolas como apropiadas, aunque terminan diciendo que no los son.

Esto se encuentra asociado con la asesoría recibida o no, por parte de su docente para aclarar dudas o guiarlos en los procedimientos, que en muchos casos terminan interactuando solos con el interno; ya que, de no ser así, se encontrarían con ciertas dificultades para practicar y estar con los pacientes. Ellos reconocen sus logros y a la vez su pobre desempeño, lo que marca una actitud positiva de autoevaluación. Lo importante de este conjunto de representaciones es que lo especifican (le dan sentido) en lo referente a la tecnología empleada (técnicas didácticas) y al acompañamiento del docente para brindar la tutoría. En este tópico surge también una serie de propuestas (como antes se describió) para mejorar el aprendizaje y la enseñanza de la clínica corrigiendo las técnicas didácticas tanto en aula como en el servicio.

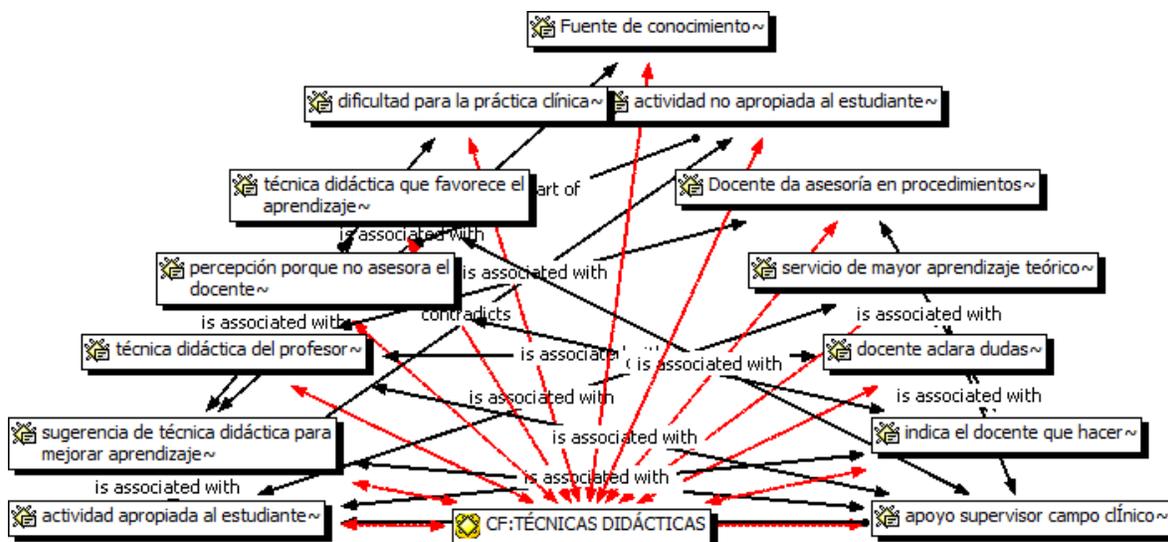


Figura 5 E

3.6 Apoyo del docente tutor y personas que guían la práctica clínica (Figura 6 E).

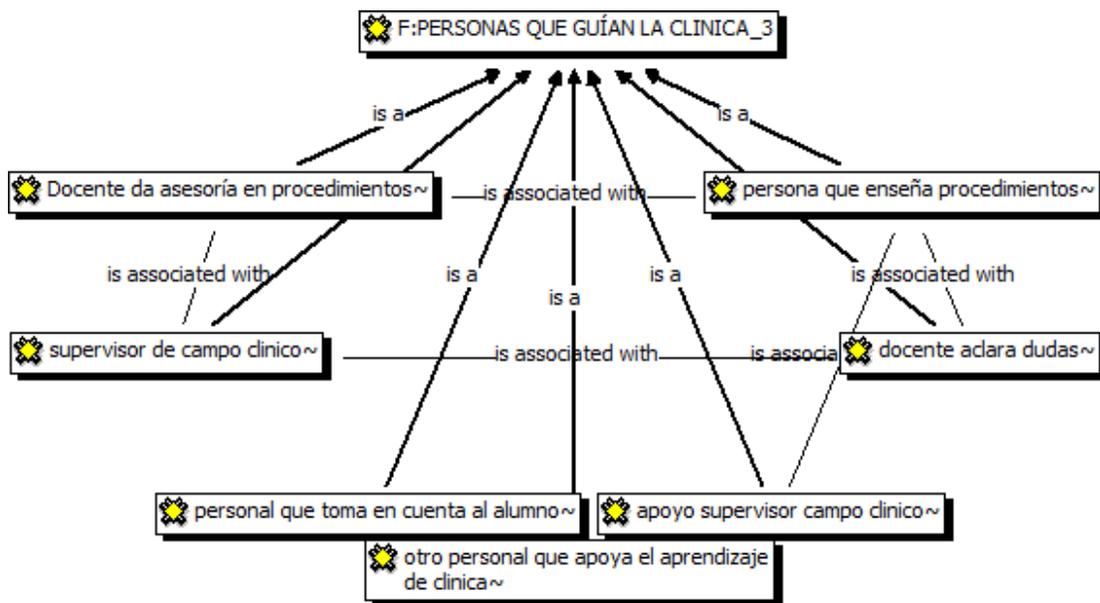
Para relacionarlo con lo anterior de las respuestas variadas que enuncian, el mayor porcentaje (60%) refiere que los docentes están al pendiente del estudiante sobre cómo se ejecutan los procedimientos, dispuestos a apoyarles, pero primero se tiene que estudiar, y corrigen los errores que se presentan. El 30% refiere que en la realización del procedimiento asesoran al inicio pero no al terminar el mismo. Hay quejas veladas o francamente abiertas de no recibir apoyo. El 10% dice francamente que no los apoya, algunos son considerados como regañones, máxime cuando sacan la chamba del interno.

Al practicar, cuando tú tienes iniciativa y voluntad al hacer las cosas, retomas la teoría; el doctor nos dice cuál es tu diagnóstico, y si te equivocas te explica y te manda estudiar. Pienso que es buena manera de ayuda al doctor y él a nosotros...Creo que se aprende más con la práctica, trabajé en cirugía, te ponen ayudar, aprendí porque preguntaba y exploraba. Me siento bien, voy a echarle más ganas.

Sin embargo, hay otras personas que guían el aprendizaje de la clínica; otros médicos del servicio que ofrece asesoría para cada procedimiento sin ser sus profesores, y el personal de

salud que toma en cuenta a los estudiantes u otro personal, como el becario que los apoya en su aprendizaje, siendo mayormente mencionado al médico interno de pregrado y algunas enfermeras.

Figura 6 E



También es poco frecuente el apoyo entre pares, el 5 % intercambia ideas y apoyos durante el servicio que les corresponde estar juntos; se puede interpretar que están solos ante un falso acompañamiento, ya que cada quién hace lo que le indica el profesor por separado asignándoles tareas individuales. Cuando hay residentes no les prestan atención, más bien se dirigen al interno de pregrado, por lo que su apoyo es casi nulo.

Con estas respuestas tan variadas como en la sección anterior, se intentó contrastar con las que anteriormente dijeron de las habilidades y destreza y se corrobora la contradicción, ya que el personaje que más les ofrecen apoyo son los médicos internos. No así con algunos de sus médicos tutores, argumentando en sus discursos cuando avanza la entrevista, que están muy ocupados, ya que tienen mucho trabajo asistencial sus profesores.

...En mi equipo éramos tres, nos repartíamos el trabajo, en el piso hay varios médicos y si tu tutor te ve rápido cuando pasa visita a sus pacientes y se va, te acercas a otros médicos y les preguntas, pero en la consulta, estamos los mismos tres alumnos con un profesor, este ve rápido a los pacientes y es difícil que te digan algo...Te asesoran aunque no todos, son un poquito difícil, te enseñan primero la técnica, pedían que investigáramos el procedimiento, es decir lo práctico, llevar la técnica es el problema de llevarla a cabo, caso por caso y evaluar todas las pruebas de laboratorio. Todo, todo.

3.7 Beneficio obtenidos en la clínica (figura 7 E)

Al estar con el paciente, sus docentes y el personal vean a estas personas como fuentes de conocimiento, en especial a los dos primeros, ya que le permiten ejecutar procedimientos y aprender a tener una adecuada relación humana. Con ello descubre cuáles son sus funciones como estudiantes y señalan que al inicio de la rotación les gustaría se le diera una orientación previa por parte de los docentes de cómo tratar y relacionarse con los pacientes; esto ya sea en la consulta externa o cuando acompañan al médico a la visita médica de pacientes encamados.

Opinaron que es importante ayudar en los procedimientos quirúrgicos de médicos o de internos, dado que adquieren más confianza en su trato a los pacientes; refieren vestirse, ponerse los guantes y la aplicación cuidadosa de sondas, en especial las nasogástricas.

En las habilidades se me facilitó intubar un paciente en anestesiología..., en la sala de partos, checar las contracciones uterinas, es decir el control del trabajo de parto, mides la dilatación de cuello uterino. En cardiología tomar e interpretar electros, esta experiencia fue importante para mí ya que aprendí con los pacientes en el hospital.

Los médicos están contigo, y en mayor tiempo los internos que nos enseñan procedimientos, a veces tus propios compañeros que ya lo vieron o ya saben hacerlo y ellos son los que te enseñan, cuando te cuesta un poco de trabajo realizarlo.

Queramos o no ante el doctor te impone y te da miedo, pero con el interno te da confianza y ellos nos decían, no te preocupes las primeras veces yo lo

hacia también mal, pero se mejora... En las suturas nos dicen detén el hilo y no te muevas, ve como lo hago.

Figura 7 E



3.8 La calificación obtenida refleja, los conocimientos, habilidades y destrezas (Figura 8 E).

La mayoría (62%) refiere que no reflejan o se asocian las calificaciones obtenidas en conocimientos; con sus habilidades y destrezas realizadas en el hospital, es tal vez una representación de no logro en el desempeño, y se lo atribuyen a multitud de circunstancias de actividades no son apropiadas para el estudiante y, en algunos casos, no contaban con el apoyo de tutor o a la falta de práctica:

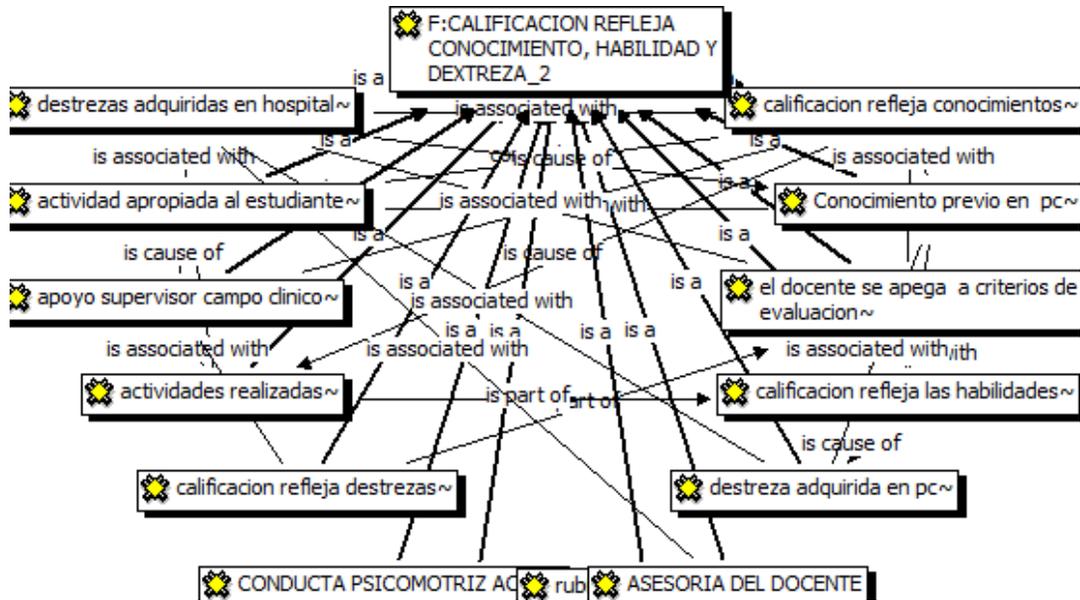
El formato utilizado no es apropiado, la hoja no corresponde con lo que se hace en el servicio, no existe retroinformación y diálogo entre alumno y profesor sobre lo que se obtiene como calificación, ... Lo que preguntan en el examen no se relaciona con temas vistos. Hay quienes califican en forma arbitraria, a muchos les ponen nueves y dieces y no participan en clase o servicio”, me pusieron diez y no creo saber tanto, no califican bien hay muchos factores externos que alteran, como tiempo y práctica. No creo que las que tiene mejores promedios hayan desarrollado habilidades clínicas, no creo que

reflejen eso, es subjetiva la calificación. Lo que se hace en un servicio no corresponde con la famosa hojita. Los calificaban aparentemente bien, es porque se lo daban a los alumnos para que ellos se calificaran.

Caso contrario, en otras opiniones, 38% son favorables y están relacionadas con sus calificaciones obtenidas previamente donde aprendieron bien clínica en ciclos básicos. Permitted adquirir mayores destrezas en el hospital y, por lo tanto, se reflejó en la calificación obtenida. Estos estudiantes manifiestan poner constancia y hacer lo que les pedían y aún más.

Casi en todos los servicios no valoran lo que hacemos, cómo exploramos, y en sí cómo nos comportamos en el servicio. Nos calificaban de acuerdo con lo que nos pedían, con la hojita es un patrón a ver si eres hábil o no, los docentes utilizaban el formato de evaluación a otros no les gusta tanto pero te califican bien. ...las calificaciones están más orientadas a los exámenes que a las habilidades prácticas. ...Como no hay objetivos, cada profe evalúa como Dios le da entender.

Figura 8 E



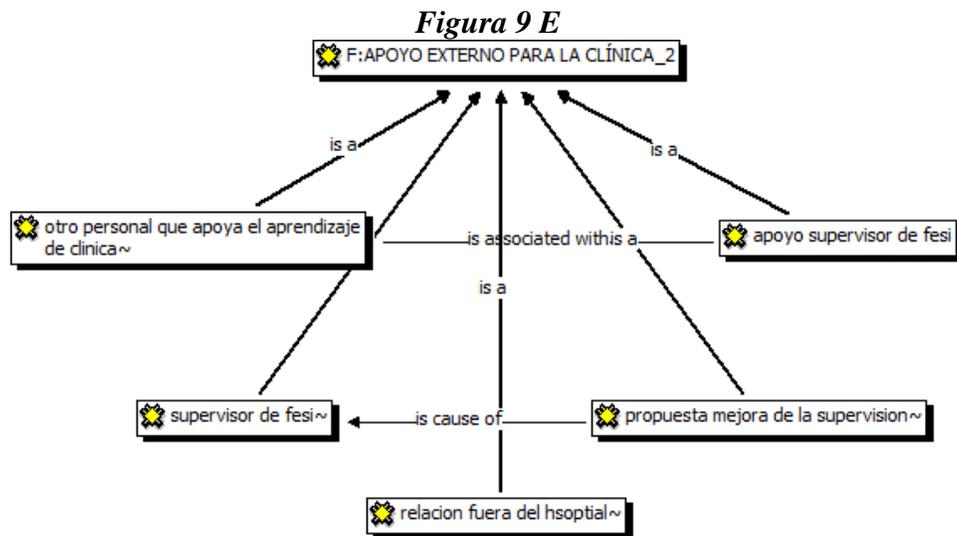
3.9 Apoyo externo para la práctica clínica (Figura 9 E)

La representación que tienen relacionadas con el apoyo externo que reciben para realizar la práctica clínica, en esta red se obtuvieron cinco elementos: la relación fuera del hospital que establecen entre ellos; otros docentes que pudieran apoyarlos y el personal del servicio. Sin embargo el apoyo externo está centrado en el supervisor de la FESI, e indirectamente con la supervisión que se establece en el hospital con el tutor responsable de la plantilla del campo clínico, considerando a éste como si fuera un apoyo externo al servicio clínico en donde están adscritos.

Al mismo tiempo por considerar con sus opiniones, que la supervisión no se lleva cabalmente, por lo que hacen propuestas para mejorar la supervisión y favorecer sus aprendizajes. En este caso la supervisión tiene tres niveles: dentro de los servicios por el médico tutor del servicio, que en muchas veces lo ven como externo por no hacerles mucho caso y delegan en los becarios su responsabilidad.

Cuando llega el profesor me pregunta de algo que no sé y le dice al residente ponlo a investigar para mañana; ... cuando se me atora algo con el interno y este sabe menos que yo, el profesor no esta al pendiente de nosotros.

El segundo nivel, es el coordinador de plantilla, “por sus ocupaciones sólo nos saluda de lejos” y el tercer nivel es coordinador de la FESI..., “más bien platica con los docentes poco se acerca con nosotros, si acaso nos pregunta cómo les está yendo, échenle ganas”.



3.10 Interacciones en la clínica (Figura 10 E)

Aquí distinguimos a 12 elementos que componen esta familia: las relaciones que tienen con el docente, paciente, personal y la relación entre ellos mismos (estudiante-estudiante)

El 90 % de los estudiantes entrevistados tuvo buena relación con sus docentes:

Fue buena porque en su trato son accesibles, se discuten los trabajos con ellos de forma respetuosa... Si teníamos dudas las aclaran y nos permitían estar mucho tiempo con ellos en el consultorio. En periodos de descanso platicábamos y bromeábamos, nos daban confianza.

El otro 10% señala lo contrario, no son buenas las relaciones, indicando diferentes motivos, aunque aparentemente no se presentaron dificultades con sus maestros por la baja proporción de opiniones, cuando los hubo, básicamente lo refieren con la falta de supervisión, no les daban clases, falta de respeto de algunos de ellos. En algunos casos de discriminación, fue por el género y su procedencia de clase (ser de Iztacala) o no recibir trato equitativo con los compañeros, a unos se les toleraban más sus inasistencias y, a otros les exigían frecuentemente tanto en la asistencia como el preguntarles sobre los temas de manera no equitativa.

También manifiestan que para mejorar las relaciones, ellos tienen que poner de su parte y dejar de hacer lo que podría ser considerado como inadecuado en su relación con el docente y entre ellos mismos. Una preocupación frecuente que aparece en sus discursos es que alguien de preferencia su docente, les oriente en cómo tener una relación apropiada con sus pacientes, ya que en la práctica experimentan emociones agradables o desagradables.



Figura 10 E

3.11 Dificultades en la clínica (Figura 11 E)

Aquí se distinguen en esta familia 12 elementos: desde su inserción al hospital porque les ofrecieron una recepción incompleta, dificultades con el personal, con algunos docentes los que le provocó sentimientos desfavorables en su trato recibido y la oportunidad para realizar práctica clínica, o cuando la efectúa el docente no aclara dudas, con lo que conlleva el asociarlo que al docente no le gusta asesorar o no sabe cómo hacerlo desde el punto de vista pedagógico. También sienten alejado al coordinador de plantilla, ya sea por trabas administrativas propias de cada hospital (normas) y el sentirse discriminados, tanto por sus docentes como por el personal que

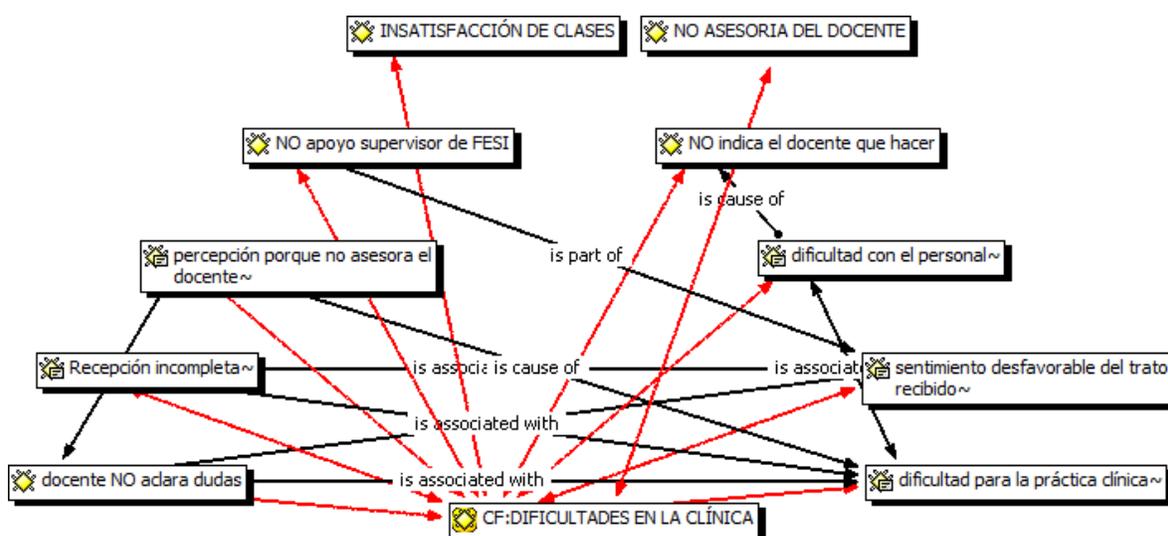
no les permiten practicar con los pacientes y, éstos ocasionalmente los rechazan por ser estudiantes.

En forma detallada se describen algunas dificultades, tales como la falta de supervisión, por ejemplo en el servicio de ginecología, “Los doctores ni te pelaban, y ponía de pretexto porque llegábamos tarde, pero si llegábamos temprano tampoco nos enseñaba, quizá porque era flojo e incluso era del sindicato”. Otros señalan la falta de respeto en especial a las mujeres “Creo que son libidinosos, te insinúan cosas no agradables”, “el cirujano plástico fue muy burlón”.

En urgencias, “creo que no les gustaba nuestra presencia; “una doctora que casi no estaba en el servicio nos regañaba de mala forma. Tuve problemas porque no te enseñan y se molestan si les preguntas”. En el aula, “muchas veces en las clases se quedan callados no se paraban y te aclaran lo que decían los compañeros mal”; “algunos te hacen sentir que de plano no sabes nada y otros se burlan de ti, te llegan a menospreciar o subestimarte”.

Estos tratos con los docentes de una u otra forma influyen en la relación que se tienen con los pacientes y entre ellos mismos que está plagado de emociones desagradables, como se señaló líneas arriba, y tienden a mostrar una actitud de parsimonia o desinterés de permanecer en los servicios. Se agrava si la relación con el personal de salud no es satisfactoria. Afortunadamente es en menor número ya que pueden encontrar cierta tranquilidad con otro tipo de personal, como son los internos y otros médicos de servicio que sirven de estímulo para aprender la clínica.

Figura 11. E



3.12 El trato recibido en la práctica clínica (Figura 12 E).

También aquí existe gran cantidad de elementos interrelacionados (23) similares a las interrelaciones y la presencia de dificultades descritas arriba. Se rescatan un número importante de sentimientos que afloraron por las actitudes de los interlocutores del proceso de la atención médica vinculadas al deseo de aprender la clínica, calificándolos de ser tanto positivos como negativos:

Refieren como positivos los servicios clínicos de hospital, los cuales les brindan mayores aprendizajes teórico-prácticos de los que antes contaban, porque los docentes les aclaran sus dudas y ofrecen asesoría en los procedimientos; asimismo, el apoyo del supervisor del campo clínico, cuando tiene oportunidad de dialogan con él, así como los becarios que están dispuestos a apoyarlos en su aprendizaje de la clínica, el personal que los toma en cuenta y su beneficio obtenido de esta relación. Etiquetan a los hospitales o servicios como buenos, según las actividades puestas en marcha, pero en especial al buen trato recibido durante su estancia.

Caso contrario, como negativo, cuando expresan sentimientos desfavorables del trato recibido: cuando no los asesora su docente o cuando llegan a tener dificultades con él,

especialmente las enfermeras y alguien del personal de intendencia, obstaculizando su práctica clínica, o bien entre estudiantes que, por querer sobresalir, se da una competencia desleal y, en algunos casos, de servilismo (quedar bien con el profesor poniendo en mal al compañero).

Ante lo señalado, se atreven a mencionar varias propuestas de mejorar su relación con sus docentes, con el personal y con ellos mismos; de esta manera piensan que se pueden resolver las dificultades encontradas. Entonces la tendencia orientada de ser favorable el trato, se relaciona, con el personal que los apoya, que sus docentes se preocupa por ellos, y se apega a los criterios de evaluación cuando se les asigna calificación justa. Caso opuesto, resulta al sentirse discriminados, que no les hacen caso, que tienen dificultades con el personal o, incluso, con su mismo docente por el trato inadecuado.

Figura 12 E



3.13 Sugerencias y propuestas del estudiante (Figura 13 E).

Frente a las representaciones antes descritas como desfavorables para la práctica clínica, se señalan aquí propuestas de mejora, ya que su representaciones las dirigen en torno a la organización de cómo se desarrolla la clínica y en algunos casos, el actuar de los otros; en

relación con sus docentes opinan que se mejoren las técnicas didácticas y la evaluación de la clínica. Ya en específico, existen propuestas y sugerencias, tales como...

...Debemos contar con un programa académico bien estructurado para la teoría y la práctica; que el médico supervise los procedimientos que el estudiante realiza. En sí, más apoyo de coordinadores y docentes. En los ciclos básicos que sean obligatorios realizar prácticas, para mejorar la enseñanza y aprendizaje de la clínica; mejorar la relación con su docente, con el personal, relación entre estudiantes, para ello hay que dejar de hacer aspectos que deterioran la relación entre compañeros.

Tienen claro, que evaluar es considerar cada servicio de manera objetiva, acerca de lo que ellos hacen en la vida cotidiana de la práctica clínica. Además en forma colateral se hacen sugerencias para mejorar la supervisión y, así, tener una adecuada relación entre todos los participantes en la atención médica. Al mismo tiempo hacen sugerencias a los estudiantes de nuevo ingreso a los hospitales.

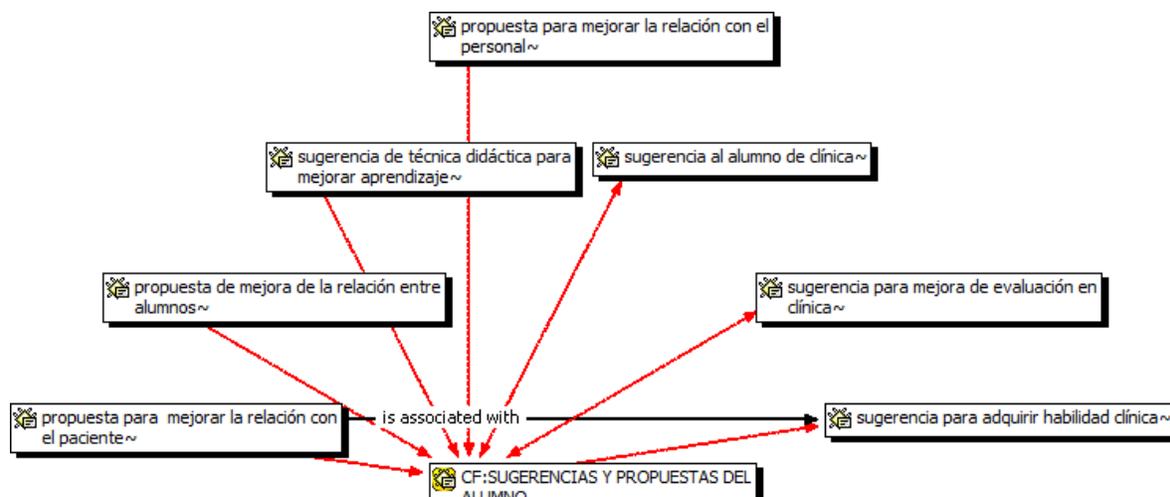
Se deben desenvolver sin importar el servicio que les toque; tener mucha confianza en lo que hacen; practicar y mucho practicar; interpretar las radiografías, los electros; ver la reanimación del recién nacido y no perder el tiempo. Que realicen más historias clínicas, estar en la consulta, realizar suturas, lo más que puedan de lo que hace el interno, para cuando ellos estén en el internado tengan una mejor preparación.

Con los diversos enunciados expuestos por los estudiantes, se puede interpretar que en estas sugerencias subyace lo que se ha carecido o no se domina bien. Que a éstos se les ha agotado el tiempo para aprender, tanto en la teoría como la práctica, para tener ciertas habilidades y destrezas al ejecutar los procedimientos.

También es de considerar que las propuestas conllevan lo técnico-metodológico de la práctica médica y formas de aprender.- En este punto señalan lo referente a modificar las técnicas didácticas de docentes y estudiantes que sean más participativas y activas. Y en la mejora de actividades se requiere aprender bien la teoría y poner en práctica una serie de procedimientos guiados por sus docentes que repercutirá en una mejora de la evaluación integral.

Su imagen de lo que debería ser la práctica clínica médica en los servicios de los diferentes hospitales no corresponde al 100%, ya que unos si se apegan a los objetivos y criterios de su programa de aprendizaje; pero con otros los tienen casi olvidados, o les dan poca oportunidad para practicar. Y esto al 25 % les resulta inquietante porque reconocen no saber bien procedimientos clínicos.

Figura 13E



3.14 Por último, respecto a la evaluación del aprendizaje (figura 14. E), también existe una serie de opiniones acerca de lo que viven en su cotidianidad. Se comunican entre ellos y, cuando el docente lo permite, dialogan respecto a los sistemas de evaluación, ya que el 60% de los estudiantes no constantemente están conformes con la manera de evaluar la clínica. Las habilidades que dominan no siempre están asociadas directamente cuando el docente no se apegan a criterios establecidos:

Hay docentes que te evalúan sin explicar por qué sacas tal calificación. Unos dicen que te calificaron con porcentajes, pero al final no supimos qué porcentaje tenía los exámenes o la práctica. La mayoría entrega las calificaciones al coordinador de plantilla y sabemos la calificación al final del curso.

El instrumento que tienen los docentes no se aplica de manera homogénea, lo cual descontrola a los alumnos, pues al rotar por los servicios con los formatos que deben firmar

los docentes para validar sus actividades en el servicio, encuentran inconsistencias. Así que el promedio general para asignar una calificación final, no les es siempre de su agrado.

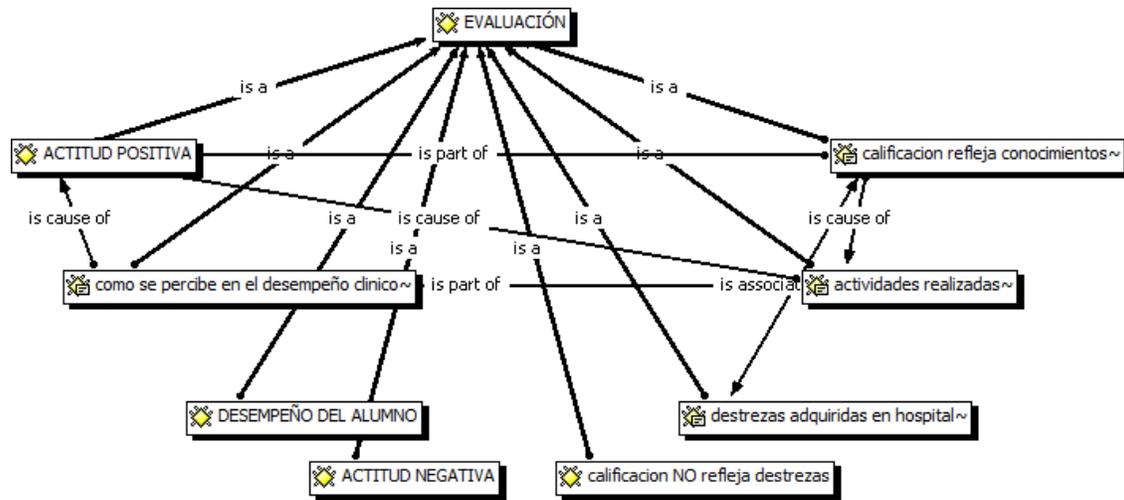
La hoja no explora bien lo que hacemos,... la hojita no califica lo que en realidad se hizo en el servicio. Los profesores les ponen a uno diez sin que hayan hecho lo suficiente. El promedio que se obtiene al final es dudoso lo que en realidad sabes hacer.

Lo contrario, 35 % refiere que su calificación refleja sus conocimientos, y la destreza adquirida forma parte de lo que el docente le enseña, apegándose a criterios establecidos (conforme la guía para evaluar): “Mmmh, pues sí, sí dice lo que sabes hacer, puse atención a lo que me pedían hacer, puse mi mejor esfuerzo”.

En tanto otro 5 % señala que es regular, no se manifiestan en pro ni en contra, que está bien..., no se puede hacer nada. Esta representación de los estudiantes contiene opiniones tanto favorables como desfavorables a sus intereses; se halla en asociación con el desempeño, las actividades realizadas y controversias, además, la calificación refleja sus conocimientos y habilidades.

Si pasan la materia con buenos resultados manifiestan actitud positiva, lo contrario, inconformidad; si la calificación no es justa critican a sus diferentes docentes que califican sin prestar atención sobre lo que realmente saben y hacen los estudiantes. Pocos estudiantes ven a la evaluación como oportunidad de diálogo y de retroalimentación en su estructura formativa, así como corregir lo que les falta por aprender para llegar poco a poco a ser diestro en todos los procedimientos médico-quirúrgicos que implica el ser médico

Figura 14 E



Por todos los resultados encontrados a través de estas técnicas e instrumentos de recolección de la información, podemos en concreto decir que las representaciones sociales que poseen o han construido los estudiantes respecto de la práctica clínica en este nivel educativo son: Aprender, practicar, respetar y ayudar en los procesos de la atención médica relacionados como núcleo figurativo Moscovici (1979); Núcleo central Abric (1964).

Sin embargo, los estudiantes en forma aislada y específica respecto a sus funciones de practicar, es relegada a segundo término, pero por su consistencia presentada subjetivamente en relación con otros elementos de la RS en su proporción del núcleo central, recobró su significatividad en una mejor ubicación de la estructura en su conjunto de la imagen de la práctica clínica en la atención médica.

Esto tiene que ver como un proceso social histórico de continuidad del aprendizaje de la práctica clínica desde los ciclos previos (fase preclínica), con un valor importante de unión en interface para consolidar la responsabilidad y compromiso para seguir estudiando, así como perfeccionar sus habilidades y destrezas. Además se representan a la práctica clínica como oportunidad de inter-relacionarse con los pacientes, sus tutores médicos y el resto del personal de salud al estar practicando en los servicios clínicos, en especial cuando se les da la oportunidad de realizar diferentes procedimientos médico quirúrgicos.

CONCLUSIONES

Con esta investigación se corrobora que las prácticas en la clínica son sistemas de acción socialmente estructuradas e instituidas en relación con las funciones brindadas a los estudiantes y su oportunidad para ejecutarlas. Así que, posterior al análisis de las respuestas de los cuestionarios y entrevistas, podremos formular varias conclusiones.

El empleo de las RS se convierte en una perspectiva teórica e instrumento metodológico útil para aplicarse en la investigación educativa dentro del área de la medicina. Con esta teoría se pudo detectar que existe una diversidad de posicionamientos de las RS que tienen los estudiantes de la práctica clínica. Sin embargo, para la casi totalidad de opiniones de los estudiantes se han representado que a medida que se les dé oportunidad de realizar sus prácticas como estudiantes con los pacientes, en especial con la guía y asesorías del docente, podrán efectuarlas con mayor eficiencia y eficacia.

Cabe mencionar que se identificaron palabras que coinciden tanto en la parte estructural cuantitativa, ubicadas a nivel del núcleo central de la representación, como las descubiertas en los diferentes discursos obtenidos en las entrevistas individuales. Ello me llevó a interpretar que forman parte del proceso educativo. Aquí descubrí la significatividad que los estudiantes otorgan a la práctica clínica.

En la interacción social, las RS que poseen estos estudiantes influyeron sobre sus pensamientos y formas de actuar en los servicios clínicos. En estos espacios compartieron conocimientos, ideas, creencias y valores que, según su nivel de estudios y complejidad de procedimientos, fueron y siguen siendo una forma de adquirir habilidades para practicar razonada y responsablemente. Conforme a la teoría de las RS, se reafirmó la idea de que ese algo de la representación (práctica clínica) se encuentra vinculada por alguien, es decir un agente (estudiante). En virtud de ello, la práctica clínica es indispensable para conformar una identidad apropiada de saberse buen médico clínico.

Los alumnos reconocen que requieren estudiar constantemente, poner su mayor esfuerzo y alto grado de responsabilidad, ya que al practicar no sólo se beneficiaron con el aumento de competencia clínica, sino también con el haber obtenido una actitud favorable para ayudar a sus docentes en la prestación de servicios de salud a los pacientes.

Asimismo, se detectaron facilidades pero también dificultades en la práctica clínica, tanto por sus desempeños como por lo relacionado con sus docentes y personal de salud; esto, en sus representaciones, le asignan significaciones concretas sobre sus experiencias. El mayor número de palabras se ubica en sentido común, con miras a acercarse a la conceptualización científica de la práctica clínica; por consiguiente, pude interpretar que sus representaciones en este nivel educativo, aún mantienen una tendencia hacia la asociación con una pedagogía tradicional pasiva más que constructiva-participativa, según lo propone el plan de estudios modular.

Los estudiantes refirieron que estas experiencias fueron muy útiles para aprender y comunicarse con médicos y personal de salud. Además expresaron que las prácticas son la mejor forma de aprender, dado que desarrollaron habilidades y destrezas clínicas y reafirmaron sus conocimientos adquiridos previamente. Esto significa que han visto a los espacios hospitalarios como un ambiente propicio para incrementar sus habilidades sustentadas en la actualización con la teoría clínica médica.

Con lo anterior se ratificó la importancia que tiene, desde etapas tempranas de la formación del médico general, la vinculación entre la teoría y la práctica. Por consiguiente, tales estudiantes se representan en su función como estudiantes: estudiar para aprender y tener responsabilidad y disposición de ayuda. Aunque aquí el practicar por ciertos momentos fue un tanto alejado, por las condiciones desfavorables y falta de oportunidad para practicar. De acuerdo con las declaraciones de los estudiantes en las entrevistas, se reafirmó e impulso, en parte, la problemática encontrada para realizar la presente investigación.

También a través de este trabajo se analizaron los pensamientos de los estudiantes tanto de forma espontánea al asociar las palabras, como de manera razonada al exponer en las entrevistas las diferentes causas que favorecieron o dificultaron practicar la clínica, ya sea por ellos mismos, la de los otros (docentes y personal de salud) o el contexto (diversidad de servicios clínicos y la normatividad institucional).

Considero que para efectuar la práctica clínica de manera apropiada por parte del estudiantado, es menester apropiarse de conocimientos actuales de la ciencia médica que avanza constantemente; otro, son los auxiliares de diagnóstico que ofrece la tecnología. Por lo que el oficio o arte de practicar la medicina, se da en una transformación histórica de procedimientos, pero siempre sin descuidar el sentido humano de la relación médico-paciente.

En este sentido, existió el propósito de explicar las RS de los estudiantes, asociadas a sus condiciones de vida cotidiana y, por supuesto, a su trabajo académico en los hospitales. Esto se presentó conforme a su nivel de formación y actuación de sus discursos, verificando la diversidad de opiniones según su experiencia y grado de satisfacción de los logros obtenidos en su desempeño.

Establecí que es factible emplear la perspectiva teórica de las representaciones sociales al campo de la educación médica y, en especial, lo que sucede en la práctica clínica. Puesto que con las RS se conocen los modelos psicológicos latentes, a partir de los cuales los estudiantes piensan y expresan sus experiencias y conductas en los servicios clínicos.

Con este análisis se observó que existen elementos del pensamiento social en la dinámica de los hospitales cuando se presta los servicios de salud. Esto es, que obligadamente al insertarse dichos estudiantes al hospital, se incorporan en esa dinámica que favorecerá el ir conformando, elaborando y transformando a la vez sus RS de la práctica clínica.

En esta investigación se mostró que las palabras reunidas en diferentes variables (categorías), observaron consistencia estructural y correspondencia procesual de las representaciones de la práctica clínica. Su núcleo figurativo, como se indicó anteriormente (practicar, aprender, respetar, ayudar y ser responsable), se le considera un elemento esencial de los procesos educativos de la práctica clínica, que por siglos se han mantenido estables. Y hoy, de modo formal, están presentes en la normatividad de los sistemas de salud y en el sistema educativo de nivel superior.

En las actividades teóricas del aula las técnicas habituales, como la exposición, sugieren que se dé un cambio de metodología en la enseñanza, que haya mayor actividad y sean dinámicas con técnicas grupales. Asimismo, se supervise más en los servicios de lo que realizan y se brinde, por parte de sus profesores y no tanto por el becario, apoyo en sus prácticas clínicas.

La práctica clínica se cristalizó de manera objetiva en la visita médica con pacientes hospitalizados y la atención de primer contacto en consulta externa o servicios de urgencias; además de la colaboración en procesos quirúrgicos y, en sí, la atención al paciente. De cierta manera su campo de representación se circunscribe a espacios clínicos donde les dan oportunidad de practicar.

También, los estudiantes se representan como aprendices de la clínica y es un reto constante en donde se miran a sí mismos comprometidos con su perfil profesional, responsables con su trabajo diario frente a los pacientes. De igual manera, se constituye la práctica clínica como una forma de aprender más, mejorar su nivel y contribuir con sus docentes a resolver los problemas de salud de la población.

Sin embargo, aún los educandos no contemplan por completo que las actividades clínicas desarrolladas frente al paciente, son parte fundamental de su proceso formativo. Debido a ello, les faltó mostrar iniciativa a algunos para insistir en el apoyo de sus docentes-tutores, que implica también su exigencia del uso de estrategias didácticas dinámicas, tales como demostración, reflexión y acción.

Se representan los discentes con debilidades para realizar procedimientos, dado que su estancia en los servicios son breves y, en ocasiones, no se les guía para realizarlos. Aun con la incorporación de la tecnología sumado a la subespecialidad del docente, no se pone en práctica la metodología que aprendieron en ciclos previos, inclusive se les crítica por no estar al día. Al mismo tiempo los estudiantes opinan que es deficiente la actualización de los docentes en pedagogía, que aun cuando son buenos médicos no saben enseñar; esto impide que en muchas competencias clínicas no se logren los aprendizajes pretendidos, observando un sentimiento desfavorable cuando son mal evaluados (calificados).

Esta parte estructural, manifestada por la distribución y organización de opiniones que conformaron el núcleo central de la representación de la clínica, fue vista de manera integral, así como también cada representación desagregada como estrategia de análisis de correlación. Con la descripción procesual, explicada tanto en las frases breves como en las entrevistas, me percaté que a partir de sus experiencias en la práctica real de la clínica, se van creando imágenes del significado del ser y saberse clínicos-médicos competentes de manera progresiva.

En este sentido, al analizar esta parte central pude ubicar a las experiencias dentro de un contexto global social amplio del campo de la medicina. Ello fue definido por normas y valores propios del sistema en los servicios de salud antes mencionados, y relativamente independientes del contexto inmediato en las que el sujeto verbalizó sus representaciones.

Puedo decir que con los resultados, se tomó en cuenta la exigencia de tener una estructura estable para las representaciones sociales (la práctica clínica en la medicina con su metodología clínica tradicional), que son algo difícil de observar en las sociedades clínicas modernas, y que pueden cambiar frecuentemente de identidad social (influenciada por la innovación tecnológica y la subespecialidad médica). Sin embargo, la presente investigación, desde la teoría del núcleo central de Abric, muestra que las representaciones encontradas podrían tener la estructura con cierta

permanencia y que éstas se conservaran por un momento determinado durante la formación de estos estudiantes.

Las diferentes palabras halladas en el sistema periférico, presentaron mayor variabilidad, puesto que su determinación es más individualizada y asociada al contexto inmediato (diversos servicios clínicos, distintos hospitales, diferente formación profesional especializada de los docentes), que llevó a mayor posibilidad de variación en las opiniones. Existió adaptación o diferenciación de funciones de lo vivido, lo que permitió ciertas modulaciones personales y dio lugar a RS individualizadas con heterogeneidad de contenido y comportamientos.

Así, encontramos experiencias diferenciadas con distintos pacientes, así como el diagnóstico, exploración o realización de cirugías, además de procedimientos tales como aplicar diferentes técnicas de sutura o de curación, o bien la oportunidad de colocar catéteres o sondas. Asimismo, analizar distintos casos clínicos con diferentes doctores y hospitales; por lo tanto, estas representaciones ubicadas en la periferia presentaron mayor tendencia de cambio (que seguirá a través del trayecto escolar en la formación de estos estudiantes).

Entonces, las palabras de la periferia de la parte estructural resultaron con más flexibilidad que las identificadas en las respuestas de las entrevistas; las primeras dieron evidencia complementaria de la conformación del quehacer clínico en su cotidianidad. Para mí, estas representaciones sociales expresan la realidad social del estudiantado, por lo menos en este grupo analizado.

De acuerdo con lo observado, la centralidad no dependió sólo de la frecuencia de aparición de estas palabras, sino también de los lazos inductivos que mantiene un elemento con el conjunto de otros, próximos o alejados según su correspondencia conceptual de similitud de vinculación con la práctica clínica. Si bien su núcleo central estuvo constituido por varias palabras que, para esta estructura, ocuparon un lugar privilegiado que les dan significación a la representación, sin descuidar su

complemento periférico; esto trajo como resultado que se ligó a su contexto específico de cada servicio clínico.

Con lo anterior, se permitió identificar y entender cómo se elabora la representación, a más del sentido y significado que se asignan a cada representación siguiendo la función de orientación de las RS que conducen los comportamientos y las prácticas. Aun cuando se encontraron diferencias entre las distintas formas de percibir la realidad de la práctica clínica —puesta en evidencia mayormente en las entrevistas que en el cuestionario—, existieron críticas con el actuar de sus docentes y del personal de salud, incluyendo las formas de evaluación arriba mencionadas a las que son sujetos. Asumieron actitudes aparentemente negativas, pero las que hay que prestarles atención.

A partir de cómo están definidas, la finalidad de la situación tanto para la realización de la tarea, como la forma en que se estructura o se comunica la representación de sí mismo, de los otros y de su contexto, se comprendió por qué se dice tal o cual cosa. Esto es, interpretar lo constituyente, pero también permitió conocer lo constituido.

De esa manera, los estudiantes con su práctica clínica en la vida cotidiana, se encuentran rodeados por el sistema de valores y normas del servicio clínico hospitalario y de la universidad. Estos estudiantes, al insertarse en el campo clínico, participan activamente en los servicios de salud, sobre los cuales emitieron su opinión de forma espontánea acerca de su experiencia. Señalaron a la práctica clínica como una oportunidad de ejercer en la realidad; no de forma complementaria sino a partir de una vinculación de la teoría con la práctica para su apropiada formación como médicos generales.

Esto me proporcionó clara evidencia con sus discursos, que la transformación de una teoría estructurada (clínica médica) en su práctica, se da en un conjunto de relaciones con cierta autonomía y extensión variables. Visto esto como primera condición para construir una representación social que explicaría ciertos comportamientos.

Por consiguiente, al identificar e interpretar el contenido de las RS que tienen los estudiantes durante sus ejercicios concretos, me permitió reconocer desde la subjetividad y sus referentes simbólicos, el sentido y significado de practicar la clínica en los servicios hospitalarios.

Concluyo que en estos estudiantes de medicina, en este nivel de formación, su representación de la práctica clínica proviene tanto de la presencia social de la ciencia médica, de la función que pretenden pertenecer al grupo clínico médico y de la información que poseen, como de sus actitudes con respecto hacia esta práctica. La mayoría de sus opiniones fueron favorables por su interés mostrado en los servicios; así como desfavorable, los menos, los que consideraron un ambiente clínico no apropiado para ellos. Tal como las actitudes de ciertos docentes de no apoyarlos y guiarlos durante su práctica.

A partir de estas representaciones encontradas, se visualizan muchas vertientes que requieren un análisis más profundo al contrastarlas posteriormente. Con lo que los docentes podrían decir, tanto del actuar de los estudiantes, como de ellos como profesores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abric, J. Claude (1992). *Sistema central, sistema periférico. Las funciones y sus roles en las dinámicas de las representaciones sociales*. Comunicación en la primera Conferencia Internacional de las RS, Ravello, Italia.

Abric, J. Claude (2004). "Las representaciones sociales. Aspectos teóricos". Abric, J.C. (coord.). *Prácticas sociales y representaciones*, México, primera reimpresión, ed. Coyoacán, pp. 11-32.

Abric, J. Claude (2004). "Metodología de recolección de representaciones sociales",

Abric, J. Claude (coord.). *Prácticas Sociales y Representaciones*, México, primera reimpresión, ed. Coyoacán, pp. 53-74.

Banchs, Ma. A. (1986). "Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo", *Revista Costarricense de Psicología* (89), pp. 27-40.

Banchs, Ma. A. (2000). "Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales", *Papers on Social Representations. Textes sur les représentations sociales*, volumen 9, pp. 3.1-3.15.

Banchs, Ma. A., Agudo, A., Astorga, L. (2007). "Imaginario, Representaciones Sociales y Memoria Social", Arruda A. y De Alba M., *Espacios Imaginarios y Representaciones Sociales. Aportes desde Latinoamérica*, México, Artropos, UAM.

Banchs, Ma. A. (2011). "Leitura epistemológica da Teoria das Representações Sociais. Reflexões rumo a um sentido comum menos comum e com mais sentido", A. Ma de Oliveira Almeida, Ma de F. De Sousa Santos, Z. Araujo Trindade (organiz.). *Teoría das Representações Sociais. 50 anos*. Brasilia. Technopolitik.

Barón, M. (2001). "La formación médica en Canadá como modelo de intervención profesional", *Educación Médica*, 4 (2), pp. 52-65.

Berger, P., y Luckman, T. (1991). *La construcción social de la realidad*, Argentina, Buenos Aires, Amorrotu, 1ª. ed., 11ª reimpresión.

Berger, P., y Luckman, T. (2003). *La construcción social de la realidad*, Argentina. Buenos Aires, Amorrotu, 1ª ed., 18ª. reimpresión.

Braylovsky, C. (2003). "El perfil de la formación y la competencia en medicina", *El disseny de programas de formació*, Tarragona, octubre, 2003.

Bourdieu, P. (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Madrid, Akal.

Cabrera, G. (2005). Conferencia: "Especialidades médicas. La otra elección vocacional en la carrera de medicina", Memoria del V Congreso Nacional de Orientación Educativa, 2003, Puebla.

Canguilhem G. (2009). *Lo normal y lo patológico México*, Siglo XXI, 8ª. reimpresión, pp. 1-249.

Carvajal H. (2002). "Evaluar las habilidades y destrezas clínicas en la educación médica: una necesidad", *Rev. Médica*, Chile, 130(4), pp. 463-464.

Castorina, J. A. (2008). Compilador: "Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles", Argentina, ed. Gedisa.

Conferencia Mundial sobre la Educación Superior (1998). "Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: visión y acción. Marco de acción prioritaria para el cambio y el desarrollo de la educación superior", UNESCO, París.

Contreras, E. y Ogalde, I. (1980). *Principios de tecnología educativa*, colec. Cuadernos Pedagógicos, México.

De la Fuente, J. R. (2002). Conferencia en la Academia Nacional de Medicina de Colombia, "La responsabilidad social del médico", Bogotá, 19 de septiembre de 2002.

De Sousa, M., Ma., C. (1994). "El concepto de las representaciones sociales dentro de la sociología clásica", Guareschi, P. y Jovchelovitch, S. Orgs. *Textos en Representaciones Sociales*, Brazil, Voces.

Doise, W. (1989). "Actitudes y representaciones sociales", Jodelet (comp.) *Las representaciones sociales*, París, PUF.

Domínguez (s/f). *Em memorias de la 11ª, conferencia internacional de representaciones sociales*, Évora, Portugal.

Dos Santos, S. R. (2012). "Entre sombras e representações: a construção da identidade dos adolescentes portadores do virus hiv/aids no Brasil", *Em memorias de la 11ª Conferencia internacional de representaciones sociales*. Évora, Portugal.

Durante I y Amancio O. (2006). "Técnicas de educación en destrezas clínicas", *Rev. Médica Facultad de Medicina*, UNAM, pp. 1-6.

Duveen, G. (2011). "Crianças enquanto atores sociais: as Representações sociais em desenvolvimento", Em P. Guarachi e S, Jovchelovitch (comps.), *Textos em Representações Sociais*, Petropolis, Voces.

Eco. U. (1994). *Signo*. Colombia, Quinto Centenario.

Elejabarrieta, F. (1991). "Las representaciones sociales", Castorina, J. A. (2003), Compilador: *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*, Barcelona, ed. Gedisa.

Farr, R. M. (2008). "De las representaciones colectivas a las representaciones sociales", Castorina, J. A. (Comp.) *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*, Argentina, ed. Gedisa.

Farr, R. M (2011). "Representações sociais. A teoria e sua história". Em P. Guarachi e S, Jovchelovitch (comps.), *Textos em Representações Sociais*, Petropolis. Voces.

Fernández, S. M. (2005). "Las representaciones sociales: Una forma de investigar la realidad educativa", Colombia, *Pedagogía y Saberes*, núm. 23, Universidad Pedagógica Nacional (Facultad de Educación), pp.19-28.

Fischer, G. N. (s/f). *Psicología Social. Conceptos fundamentales*, Madrid, ed. Narceo, pp. 42-48.

Flament, C. (2004). "Estructura dinámica y transformación de las Representaciones sociales", Abric, J.C. (coord.), *Prácticas Sociales y Representaciones*, México, 1ª. reimpresión, ed. Coyoacán, pp. 33-52.

González, P. MA. (2006). *Pensando en política: Representación social y cultura política en jóvenes mexicanos*, México, P y V.

González, R. Fdo. L. (2011) "Acerca del sujeto y las representaciones sociales". En *El Sujeto y la subjetividad en la psicología social. Un enfoque histórico cultural*. Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas. y Material Didáctico -Noveduc-.

Guareschi, P Jovchelovitch (2011), *Psicología Social, Textos em representações sociais 12ª Edic*, Brasil, Voces.

Güemes, R. (2002). "Las representaciones sociales en la construcción de los procesos identitarios del maestro de educación normal. El caso de la escuela normal de especialización", tesis de maestría, UNAM.

Güemes, C. (2003). "La identidad del maestro de la educación normal. Entre representaciones e imaginarios sociales", J. M. Pina (coordinador), *Representaciones, imaginario e identidad. Actores de la educación superior*, México, CESU-UNAM-Plaza y Valdés, pp. 73-144.

Guichard, M. (1996). *La escuela y las representaciones del futuro de los adolescentes*, Barcelona, Alertes Psicopedagogía.

Guimelli, C. (s/f). "La función de la enfermera. Prácticas y Representaciones Sociales", Abric, J.C. (coord.), *Prácticas Sociales y Representaciones*, México, 1ª. reimpresión, ed. Coyoacán, pp. 75-96.

Gutiérrez, S y Piña, J. M. (2008). "Representaciones sociales: teoría y métodos", Ma I. Arbesú. S, Gutiérrez. J. M. (coords.), Educación Superior, *Representaciones sociales*, México, Gernika, pp. 13-49.

Hernández, F. (2001). *Vida cotidiana y representaciones sociales en torno a la formación académica de los estudiantes normalistas*, tesis de maestría, UNAM.

Heshiki, N. L. Gonzáles, P. A. Valadez, N. S. (1984). *Evaluación curricular. Análisis de la práctica docente*, México, ENEPI, UNAM.

Hidalgo, G. J. L. (1989). *Constructivismo. Reflexiones Teóricas sobre la Experiencia Educativa*, México, P y V.

Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*, Sendai, Barcelona, España.

Irizar, J. y Cárdenas, L. (2004). "Antología del laboratorio de estrategias para la enseñanza de la medicina en competencias", *Diplomado en enseñanza de la medicina*, México, Facultad de Medicina, UNAM.

Jaspars, J. M. F. y Fraser, C. (1984). "Actitudes and Social Representations", Farr y S. Moscovici (comps), *Social Representations*, Cambridge,, University Press, pp.101-23.

Jinich, H. (1997). *El paciente y su médico*, México, UNAM-JGH.

Jodelet, D. (1984). "La representación social: fenómenos concepto y teoría", S. Moscovici (compilador), *Psicología Social II*, Barcelona, Paidós, pp. 469-493.

Jodelet, D. (1989) "Representations sociales: un domaine en expansion". In Jodelet, D. (Org), *Représentations sociales*, París, PUF.

Jodelet, D. (2000). "Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras", D. Jodelete y A., Guerrero (coords) *Develando la cultura: Estudios en representaciones sociales*, México, UNAM.

Jovechelovitch, S. (2011) "Vivendo a vida com os outros: Intersubjetividade, espaço público e representações sociais", Guareschi P. Jovchevitch, S. (orgs), *Psicología Social, Textos em representações sociais 12ª Edic*, Brasil, Voces.

Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto: teoría y praxis*. México, Grijalbo.

Klineberg, Otto (1969). *Psicología Social*, México, F.C.E., y Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis.

Lagache, D. (1979). Prefacio, Serge Moscovici *El psicoanálisis su imagen y su público*, Argentina, Huemul.

Larios H. Trejo, J. y Cortés, M. (1998). "Evaluación de la competencia clínica". *Rev. Médica del IMSS*, 36 (1), pp. 77-82.

Lobato, C. et al. (2002). "Las representación sociales de la tutoría universitaria en profesores y estudiantes: estudio de un caso, *Educación XXI*, Universidad del País Vasco, España.

Lobato, F. C. y Castillo, P. L. Arbisu, B. F. (2005). "Las representaciones de la tutoría universitaria en profesores y estudiantes: estudio de un caso. *Internacional Journal of Psychology and Therapy*, vol. 5, núm. 2, pp. 148-68.

López, B. F. (1996). "Representaciones sociales y formación de profesores. El caso de la UAS". *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 1(2), pp. 391-407.

Mager, H. E. A. (2010). "Ideología y poder". FES Acatlán, UNAM. *Multidisciplina*, núm. 5, pp. 46-60.

Marcová, I. E. Moscovici, S. (2003). "La presentación de las representaciones sociales: Diálogo con Serge Moscovici", Castorina, J. A. "Las representaciones sociales", (Comp), *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*, Barcelona, ed. Gedisa.

Mireles, O. y Cuevas, Y. (2008). "Investigación educativa en representaciones sociales: Su producción en México de 1992-2005", Arbesú Ma., I. Gutiérrez y Piña, J.M. (coordinadores) *Educación superior. Representaciones sociales*, México, ed. Gernika.

Moliner, P. (1993). "La inducción por escenario ambiguo: un método para el estudio de las representaciones sociales", *Rev. Internacional de Psicología*, XLI, pp. 759-762.

Moscovici, S. (1961/79). *El psicoanálisis su imagen y su público*, Argentina, Huemul.

Moscovici, S. & Hewstone, M.(1986). "De la ciencia al sentido común", *Psicología Social, Tomo II. Pensamiento y vida social*, Barcelona, ed. Paidós, pp. 679-710.

Moscovici, S. (1993). "The invention of Society. Psychological Explanationsfor social phenomena. Cambridge: Polity Press".

Moscovici y Marková (2003). "La presentación de las representaciones sociales: Diálogo con Serge Moscovici", Castorina A., *Representaciones sociales: problemas teóricos y conocimientos infantiles*, Barcelona, ed. Gedisa, Biblioteca de Educación.

Moscovici, S. (2008). "La conciencia social y su historia", Castorina, J. A. (Comp). *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*, Argentina, ed. Gedisa.

Moscovici, S. (2010). "Ideias e seu desenvolvimento: Um diálogo entre Serge Moscovici e Ivana Marcová", *Representações Sociais. Investigações em psicologia social*, Brasil, Voces.

Moscovici, S. (2011). Prefácio *Em Guareschi e Jovchelovitch. Psicologia Social, Textos em representações sociais 12ª Edic*, Brasil, Voces.

Mora, M. (2002). "La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici", *Ateneha Digital*, núm. 2, otoño.

Mora Yennys, A (2007) "Las relaciones y representaciones sociales de docentes y estudiantes" En *Formación universitaria*. Universidad experimental pedagógica. Libertador Caracas Venezuela.

Moreira (s/f). *Em memorias del la 11ª Conferencia internacional de representaciones sociales*, Évora, Portugal.

Muñoz, J. J. (2005). *Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas Ti 5. Versión 3.03*, España, Universitat Autònoma de Barcelona.

Navarro, P. y Díaz, C. (1994). "Análisis del contenido", J. M., Delgado & J. Gutiérrez (coords.: Métodos y técnicas cualitativas de investigación social, Madrid, Síntesis, pp. 177-224.

Norma Oficial Mexicana, elaboración del expediente clínico, (2000), México, Presidencia de la República, *Diario oficial*, Secretaría de Salud.

Nuño, G. B. et al. (2006). *La adicción ¿Vicio o enfermedad?: Imágenes y los servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres*, México, Salud Mental, vol. 29, 4 de julio-agosto.

Olivares, Y. A. (2007). *Las relaciones y representaciones sociales de docentes y estudiantes*, Ens. Formación universitaria, Universidad experimental pedagógica, Libertador, Caracas, Venezuela.

Oliveira, D. C. (2011). "A teoria e Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença a constituição de um campo interdisciplinar", Em A. Ma. de Oliveira Almeida, Ma de F. De Sousa Santos, Z. Araujo Trindade (organis), *Teoría das Representações Sociais, 50 anos*, Brasilia, Technopolitik.

Osórnio, L. (2011). "El bienestar psicológico, predictor del rendimiento académico en estudiantes de la carrera de médico cirujano". *Archivos de medicina familiar*, vol. 13 (3), pp. 111-115.

Páez, D. (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social. Fundamentos*, Madrid, España.

Pereira de Sá. C. (1998). *La construcción del objeto de estudio en la investigación de las representaciones sociales*, Río de Janeiro, UERJ.

Perera, M. (2005). "A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria e informe de investigación", *CIPS*, La Habana, Cuba.

Pérez, C. G. (2008). "La representación social y la ontología del mundo social: el aporte de otra significación para el diálogo", Castorina, J. A. (Comp.), *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*, Argentina, ed. Gedisa.

Piña, O. J. Manuel (2003). "Representaciones, imaginarios e identidad. Actores de la educación superior, *Prácticas y Representaciones en Educación Superior* (coord.), México, ed. Plaza y Valdez.

Piña, O. J. Manuel (2004). "La teoría de las representaciones sociales. Nociones y linderos", Piña (Coord.) *La Subjetividad de los actores de la educación. Pensamiento Universitario*, México, CESU, 3ª Época 98.

Piña, O. J. Manuel (2007). "La vida cotidiana como objeto de estudio", Piña J. M. *La interpretación de la vida cotidiana escolar. Tradiciones y prácticas académicas*, 2ª reimp., Plaza y Valdez.

Piña, O. J. Manuel, (2010). *Diversas perspectivas metodológicas. El cristal con que se mira*, México, Días de Santos, S. A.

Plan de Estudios modular de la Carrera de Médico Cirujano (1975, 1984 2da reimp.), México, FES Iztacala, UNAM.

Presidencia de la República (2001, Rodríguez, S. [2002]). *La evaluación del practicum como indicador clave de la calidad de la formación*, Actas, Plan Nacional de Desarrollo 2001–2006, México.

Rodríguez, S. (2002). *La evaluación del practicum como indicador clave de la calidad de la formación*, Actas, Plan Nacional de Desarrollo 2001–2006, México.

Rodríguez, J. (2004). "Redefiniendo la profesión en el nuevo milenio". *Educación Médica*, 7, 19, pp. 2-8.

Rodríguez, C. y Col (2012). Atividade física como meio de incrementar a aptidão físico

funcional de idosos, *Em memorias del la 11ª Conferencia internacional de representaciones sociales*, Évora, Portugal.

Rouquette, M. L. (1998). *Introducción al estudio de las representaciones sociales*, ed. Grenoble, PUG.

Rossi, B. (2005). "La representación social de los alumnos según su partencia sociocultural, en los estudiantes de la carrera docente", *Pedagogía y Saberes*, Facultad de Educación. Representaciones Sociales y Educación, Universidad y Humanismo, Bogotá, Colombia.

Sánchez, Puentes R. (2004). "Didáctica de la problematización en el campo científico de la educación", *formular proyectos para innovar la práctica educativa*, México, ed. UPN, pp. 17-39.

Scaglia, H. (2009) Relações entre a psicanalise e as Representações Sociais. Em Almeida, A e Jodelet, D. (orgs.), *Representações sociais. Interdisciplinaridade e diversidad de paradigmas*, Brasília, D.F, ed. Thesaurus.

Silva P. Moreira y Col (2012). Caracterizao de fracturas de femur em Idosos, memorias del la 11ª Conferencia internacional de representaciones sociales, Évora, Portugal.

Soneira, A. J. (1998). "La teoría fundamentada en los datos (Grauded Theory) de Glaser y Strauss", Vasilachis de G. (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*, México, ed. Gedisa, Biblioteca de Educación, pp. 153- 173.

Tapiero, V. E. et al. (2006). "Las representaciones sociales del profesorado como aporte al desarrollo Educativo Regional", *Pedagogía y Saberes*, núm 25, UPN, Facultad de Educación, pp. 103-108.

Tarrés. M. L. (2001). "Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social", México, El Colegio de México.

Triguero, V. T. M. C. (2006). "De las representaciones a la práctica sexual". *Rev. Intercontinental de Psicología y Educación*, vol, 8, núm. 2, julio-septiembre.

Towle, A (1998). "The aims of the curriculum: education for health needs in 2000 and beyond". In B. Jolly y L. Rees. (Eds). 1998. *Medical Education in the Millenium*, UK, in Oxford University Press.

Vela, Peón, F. (2001). "Un acto metodológico básico de la investigación social: La entrevista cualitativa", Tarrés, M.L. *Observar, Escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, El Colegio de México.

Villegas, T. G. (2006). "En busca de las representaciones sociales que estudiantes y profesores normalistas construyen el docente", *REMO, Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 2ª Epoca, vol. III, núm. 7, nov-enero.

Villegas, T. G. (2008). "Las representaciones sociales de los estudiantes de la normal I sobre la actividad docente", En Arbesú Ma. I, Gutiérrez, S. y Piña J.M. (coordinadores) *Educación superior. Representaciones sociales*, México, ed. Gernika.

Villegas, T. G. (2010). *Representaciones sociales de la actividad docente. Subjetividad de los actores y conocimiento de nuevo sentido común en su vida cotidiana*, Madrid, ed. Academia Española.

Wilson, B. (1984). *Concepts methodologies and applications*, John Wiley & Sons, edU. K.

Consultas electrónicas.

Abric, J. Claude (1994) *Prácticas y representaciones sociales*, París, PUF, Bajado el 20 diciembre 2009, de <http://www.10cirs.org/theorie-representation.php>

Alfonso, P. I. (2002). *Teoría de las Representaciones Sociales*, Test de selections on line. www.itepc.com.mx, Consultado: octubre 2011.

Barbosa, F. M. L. (2007). "Habilidades y representaciones sociales de alumnos de las escuelas estatales del municipio de Sao Paulo" (Brasil), Profesorado. *Rev. De currículo y formación del profesorado*. www.ugr.es/local/recfprof/rev11.1_col3.pdf. Consultado junio 2009

López J (1993). La enseñanza clínica. Problemas y perspectivas, *Rev Facultad Medicina*, UNAM, 36 (4): 160- 163 <http://redie.uabc.-> # consultado 12 marzo 2010.

ANEXOS

ANEXO 1. Estimado estudiante. Según tu experiencia, en tu primer semestre que has concluido, qué opinas y qué piensas de la práctica clínica integral; qué significado tiene para ti. Señala las debilidades y fortalezas. Podrías dar algunas sugerencias para mejorar.

Clínica integral	Teoría-práctica
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inducción a la práctica médica profesional - Complementar conocimientos - Aplicación de la teoría aprendida - Adquisición de experiencia y habilidades - Orientación hacia los procedimientos - Creación de hábitos acordes a la profesión - Reforzamos nuestra Historia Clínica que hacemos muchas. - Aclaramos dudas y graficamos los conocimientos al ver al paciente en vivo y a todo color 	<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de habilidades y confianza - Servicios llenos de personas - Poco tiempo por paciente - Mínima experiencia por falta de los médicos al momento de hacer los procedimientos, aun cuando los médicos no nos explican ni nos guían. - Necesidad por parte de 1 médico ver a muchos. - No acabar con el trabajo a pesar de los médicos (control) <p>Propuestas de mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor atención en los procedimientos que realizamos por parte de los médicos de base. - Respeto x la individualidad y al género ♀ - Aportar un poco vocacional para así alargar el tiempo de las atenciones. - Respetar el horario de consulta - Clases de pedagogía a los médicos.

Anexo 2

Carrera de Médico Cirujano, FES Iztacala, UNAM

Introducción.

Estimado estudiante, solicitamos tu valiosa ayuda para que contestes el siguiente cuestionario, poniendo atención para cada pregunta y no omitas ninguna. Esto no es una evaluación de tus conocimientos, sólo queremos conocer tu opinión que, junto con la de tus compañeros, será muy valiosa para encontrar mejoras en el aprendizaje de la clínica

Los datos que se te piden a continuación, tienen el único fin de ser un medio para establecer comunicación contigo en el resto de tu trayectoria escolar; y de nuestra parte, poder ofrecerte la asesoría psicopedagógica pertinente cuando así lo creas conveniente. Gracias por participar.

Fecha.....Núm. de cuenta.....Edad.....Estado civil -----
Grupo.....Promedio de Calif a la fecha..... tel.....
mail..... Si lo deseas, poner nombre.....

Instrucciones:

Parte uno. Para cada Apartado siguiente, encontrarás dos espacios en blanco y un concepto o una frase que la encabeza. En la columna de la izquierda pon cinco palabras que te lleguen a la mente relacionándolas con la palabra que aparece en el encabezado. Por favor contesta desde tu posición como estudiante (SE TIENE 20'' PARA CADA PREGUNTA, TE LO IREMOS DICIENDO AL FINALIZAR EL TIEMPO Y PASARÁS A LA SIGUIENTE).

INSERCIÓN DEL ESTUDIANTE AL HOSPITAL O CAMPO CLÍNICO

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

FUNCIÓN DEL ESTUDIANTE

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

CAMPO CLÍNICO O SERVICIO CLÍNICO

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

- 1-----

- 2-----
- 3-----
- 4-----

HABILIDADES Y DESTREZAS

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

TÉCNICAS DIDÁCTICAS DEL PROFESOR (AULA/SERVICIO)

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

RELACIÓN CON EL DOCENTE

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

RELACIÓN CON EL PACIENTE

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

RELACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

RELACIÓN ENTRE LOS ESTUDIANTES

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

Parte dos: Regresa ahora al inicio del cuestionario y por cada uno de los apartados que contestaste, favor de poner un número para asignarle un valor de mayor a menor, según la importancia que tiene para ti (5 el de peso mayor y 1 el de menor importancia. [TIENES MÁXIMO 30" PARA CADA PREGUNTA, TE DIREMOS CUANDO TERMINE])

PARTE tres: Ahora favor debes elaborar una frase breve u oración corta que se relacione en cada uno de los encabezados anteriores, y su correspondiente palabra que te vino a la mente. Pon las frases en orden de acuerdo con el número de valor que le pusiste.

Inserción al Hospital. Y....

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

Función del estudiante y...

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

Campo clínico o servicio clínico. Y...

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

Procedimientos médicos. Y...

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

Habilidades y destrezas. Y...

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

Técnicas didácticas del profesor Y...

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

5 _____

Relación con el docente Y...

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Relación con el paciente Y.

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Relación con el personal de salud. Y..

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Relación entre alumnos. Y...

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Evaluación. Y...

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Gracias por tu colaboración y nos estaremos viendo durante y cuando termines tus ciclos clínicos. Has tu mejor esfuerzo y dedicación; tú puedes hacerlo para ser un excelente médico.

Anexo 3

GUÍA PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL EN PROFUNDIDAD”

Del seguimiento que se ha realizado a una muestra aleatoria de estudiantes de la generación 2007, tú has sido elegido para realizarte una entrevista. Esta investigación tiene por objetivo: “*Describir las representaciones sociales de los alumnos en relación con su formación durante clínica Integral I y II*; por lo que te pedimos **que, a partir de tu experiencia como estudiante que ha cursado clínica integral correspondiente al ciclo V y VI semestre**, respondas a las siguientes preguntas.....

Esta información es confidencial, y te pedimos tu anuencia para grabar, sólo se grabará para poder transcribir los datos y se analizarán de manera grupal, sin mencionar nombres.

1. Inserción en los hospitales	
a. Explica la manera como te recibieron cuando llegaste a los hospitales.	CONTEXTO
b. ¿Qué piensas de la manera como te recibieron?	SÍ MISMO
c. Al inicio del módulo de clínica integral, ¿te informó tu profesor los objetivos del programa, la metodología y la forma de evaluación?	LOS OTROS
d. Los conocimientos adquiridos en Práctica Clínica, ¿te facilitaron el actuar en los campos clínicos? Sí_____ No_____ ¿Cuáles?	CONTEXTO
2. Campos clínicos	
a. ¿Qué campo clínico te permitió adquirir más aprendizajes teóricos? ¿Por qué lo consideras así?	CONTEXTO
b. ¿Qué campo clínico te permitió adquirir más aprendizajes prácticos? ¿Por qué lo consideras así?	CONTEXTO
c. ¿Qué campo clínico te permitió realizar más actividades clínicas? ¿Por qué lo consideras así?	CONTEXTO
d. ¿En qué servicios adquiriste más aprendizaje teórico?	TAREA
e. ¿En qué servicios adquiriste más aprendizajes prácticos?	TAREA
f. Enlista las actividades clínicas que desarrollaste en los campos clínicos.	TAREA
g. ¿Qué conocimientos teóricos y prácticos obtenidos en P. C. te sirvieron para realizar las actividades clínicas en los hospitales?	TAREA
h. La actividad clínica que realizaste, ¿fue adecuada para tu aprendizaje, según el programa?	TAREA

Sí _____ No _____ ¿Por qué lo consideras así?	
i. ¿Cómo te sentiste con el trato recibido en los campos clínicos?	SÍ MISMO
j. ¿En qué consistió la supervisión de tus campos clínicos?	LOS OTROS
k. Tu supervisor(a), ¿Te brindó algún apoyo? Sí _____ No _____ ¿En qué consistió?	LOS OTROS
l. ¿Qué propones para mejorar tu aprendizaje en los hospitales?	SÍ MISMO
3. Función del estudiante	
a. ¿Te indicaron actividades a desarrollar en los diferentes servicios?	TAREA
b. De estas actividades, ¿cuáles consideras no apropiadas para estudiantes de clínica integral?	TAREA
c. Las actividades que realizaste en los diferentes servicios, ¿son apropiadas para estudiantes de clínica integral?	TAREA
d. ¿Se te presentó alguna dificultad para realizar tus actividades clínicas? Sí _____ No _____ ¿cuáles?	TAREA
e. De lo que has mencionado, ¿cuáles consideras que son las funciones que debe desempeñar un estudiante de V y VI semestre?	TAREA
f. ¿Qué podría mejorar el cumplimiento de tus funciones como estudiante de clínica integral?	SÍ MISMO
4. Técnicas didácticas del profesor	
a. ¿Qué técnicas didácticas han utilizado tus profesores de clínica integral?	LOS OTROS
b. De estas técnicas, ¿cuáles consideras que funcionaron mejor para tu aprendizaje? ¿Por qué?	SÍ MISMO
c. ¿Tus profesores generalmente aclaran tus dudas? Sí _____ No _____ ¿Me lo podrías explicar?	LOS OTROS
d. ¿Qué técnicas sugieres que utilicen tus profesores de clínica integral para mejorar tu aprendizaje?	LOS OTROS
5. Habilidades y destrezas del estudiante	
a. ¿Con qué habilidades y destrezas adquiridas en P. C. llegaste a clínica integral?	SÍ MISMO
b. ¿Qué habilidades clínicas consideras que adquiriste en los hospitales? Mencionalas.	SÍ MISMO
c. ¿Con qué destrezas adquiridas en P. C. llegaste a clínica integral? Mencionalas.	SÍ MISMO
d. ¿Qué destrezas consideras que adquiriste en los hospitales? Mencionalas.	SÍ MISMO
e. ¿En qué habilidad y/o destreza consideras que eres menos apto al momento de ejecutarlas? ¿Por qué?	SÍ MISMO
f. ¿Qué habilidades y/o destrezas sugieres que se	LOS OTROS

enseñen o enfatizan para tu formación en clínica integral?	
6. Procedimientos médicos	
a. ¿Qué procedimientos clínicos aprendiste en los hospitales?	SÍ MISMO
b. ¿Quién(es) te enseñaron a realizar estos procedimientos?	LOS OTROS
c. ¿Cómo consideras tu desempeño en el manejo de estos procedimientos?	SÍ MISMO
d. Mostraste iniciativa para realizar los procedimientos clínicos. Sí___ No___ ¿Por qué lo consideras así?	SÍ MISMO
e. ¿Tus profesores te asesoraron (aclararon dudas) aclarar dudas y/o te asesoraron antes, durante y al término de la realización de los procedimientos? Sí ___ No___ ¿Por qué lo consideras así?	LOS OTROS
f. ¿Consideras que los procedimientos que te indicaron tus profesores de clínica integral, son apropiados para tu nivel de competencia? Sí___ No ___ ¿Por qué lo consideras así?	SÍ MISMO
g. ¿Qué procedimientos sugieres que se enseñen o enfatizan para tu formación dentro del módulo de clínica integral?	SÍ MISMO
7. Relación con los docentes	
a. ¿Cómo consideras la relación que tuviste con tus profesores de V y VI semestre? Buena___ Regular___ Mala___ ¿Por qué lo consideras así?	SÍ MISMO
b. ¿Has tenido alguna dificultad con algún profesor de clínica integral? Sí ___ No ___ ¿A qué se debió?	SÍ MISMO
c. En caso afirmativo de la pregunta anterior, ¿A quién recurriste y qué solución te brindó?	LOS OTROS
d. ¿Los profesores discriminan en su trato a los estudiantes? Sí ___ No ___ ¿Por qué?	LOS OTROS
e. ¿Qué propones para mejorar la relación entre los profesores y los alumnos?	LOS OTROS
8. Relación con los pacientes	
a. ¿En qué consistió tu relación con los pacientes dentro de los servicios del hospital?	SÍ MISMO
b. ¿Qué beneficios obtuviste en tu relación con los pacientes del hospital?	SÍ MISMO
c. ¿Has tenido algún problema con los pacientes? Sí___ No ___ ¿En qué consistió? ¿Cómo se resolvió?	SÍ MISMO
d. ¿Consideras necesaria alguna orientación previa para entrar en contacto con los pacientes hospitalizados? Sí ___ No ___ ¿Por qué lo consideras así?	SÍ MISMO
e. ¿Qué sugieres a los estudiantes que aún no han cursado clínica integral para mejorar su relación con los pacientes?	LOS OTROS

f. ¿Qué sugieres debería hacer tu profesor o las autoridades del hospital para mejorar tu relación con los pacientes?	SÍ MISMO
9. Evaluación del aprendizaje.	
a. Tus profesores de clínica integral, ¿se apegaron a la forma de evaluación que te indicaron al inicio del módulo? Sí _____ No _____ ¿por qué?	LOS OTROS
b. ¿Consideras que la calificación que te asignaron los profesores de clínica integral refleja tus conocimientos teóricos adquiridos? Sí _____ No _____ ¿Por qué?	SÍ MISMO
c. ¿Consideras que la calificación que te asignaron tus profesores de clínica integral refleja las habilidades adquiridas? Sí _____ No _____ ¿Por qué?	SÍ MISMO
d. ¿Consideras que la calificación que te asignaron tus profesores de clínica integral refleja tus destrezas adquiridas? Sí _____ No _____ ¿Por qué?	SÍ MISMO
e. ¿Los profesores utilizaron los mismos criterios para evaluarte en los diferentes servicios de rotación? Sí _____ No _____ ¿Por qué?	LOS OTROS
f. ¿Qué otros aspectos sugieres que se incluyan en la evaluación de clínica integral?	SÍ MISMO
g. ¿Qué aspectos crees que no deben incluirse en la evaluación de clínica integral?	SÍ MISMO
h. ¿Qué porcentaje se cubrió de los contenidos del temario de clínica integral?	LOS OTROS
i. ¿Se cumplieron los objetivos del programa de clínica integral que te informaron al inicio de los módulos? Sí _____ No _____ ¿Por qué?	SÍ MISMO
10. Relación con el personal del hospital.	
a. El personal que atiende a los pacientes en los servicios, ¿te toma en cuenta como alumno de medicina? Sí _____ No _____ ¿Por qué?	LOS OTROS
b. Si tu respuesta es SÍ. ¿En que te benefició?	
c. Si tu respuesta es NO. ¿De qué manera afectó a tu aprendizaje?	
d. ¿Has tenido dificultad con alguna persona del equipo de salud de los servicios por los que rotaste? Sí _____ No _____ ¿En qué consistió?	SÍ MISMO
e. Si tuviste alguna dificultad. ¿A quién recurriste y cómo se resolvió?	SÍ MISMO
f. ¿Qué otro personal, aparte de tus profesores, te asesoraron en las actividades clínicas que realizaste en los servicios?	LOS OTROS
g. ¿Qué propones para mejorar la relación del estudiante con el personal del hospital?	SÍ MISMO
11. Relación entre estudiantes.	

a. ¿Cómo consideras tu relación con los demás compañeros de tu grupo? Buena _____ Regular _____ Mala _____ ¿Por qué?	SÍ MISMO
b. La manera como se llevan entre tus compañeros de grupo. ¿Favoreció tu aprendizaje? Sí _____ No _____ ¿De qué manera?	SÍ MISMO
c. ¿Qué podrías hacer tú para mejorar la relación con tus compañeros de clínica integral?	SÍ MISMO
d. ¿Qué podrías dejar de hacer para mejorar la relación con tus compañeros de clínica integral?	SÍ MISMO
e. ¿Qué propondrías al grupo para mejorar la relación entre tus compañeros?	LOS OTROS
f. ¿Tienes relación con tus compañeros fuera del hospital? Sí _____ No _____ ¿En qué consiste?	SÍ MISMO

Gracias por tu cooperación...